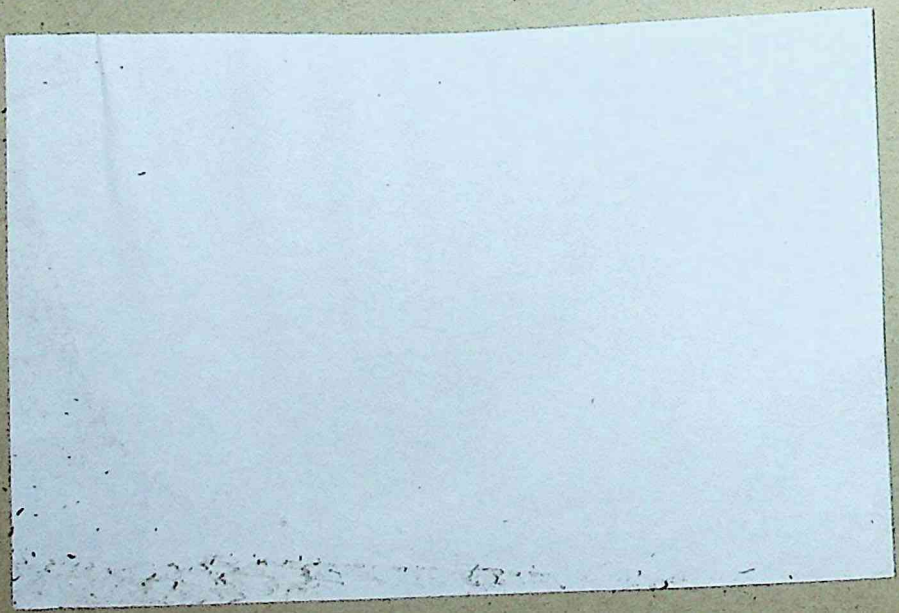
616.89
M50
P2417

1121759
p. 20



Dr. E. Mendel,

экстраординарный профессоръ Берлинскаго университета.

616.89
M 50

616.8
M.5D

P 24171

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО

КЪ

ПСИХІАТРІИ.

Переводъ съ нѣмецкаго
д-ра **В. Г. фонъ-Гольштейна.**

(Prof. *E. Mendel*, Leitfaden der Psychiatrie. 1902).

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.

1904.

КЗК "Дніпропетровська обласна універсальна наукова бібліотека ім.Первоучителів слов'янських Кирила і Мефодія"

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 19 Сентября 1903 г.

Типографія журнала «Практич. Медицина» (В. С. Эттингеръ), ул. Жуковскаго, 13.

Предисловіе.

Ближайшимъ поводомъ для изданія настоящаго руководства послужило причисленіе психіатрической клиники къ тѣмъ клиникамъ, посѣщеніе которыхъ обязательно для обучающихся медицинѣ, и включеніе психіатріи въ число предметовъ, по которымъ кандидаты на званіе врача должны подвергаться испытаніямъ, согласно правиламъ объ экзаменахъ, установленнымъ 28 мая 1901 года.

Правда, въ Германіи нѣтъ недостатка въ превосходныхъ руководствахъ по психіатріи, но, принявъ во вниманіе фактическія условія, въ которыя поставлены какъ экзаменующіеся, такъ и экзаменаторы, нельзя не согласиться, что эти руководства слишкомъ обширны и потому не могутъ служить настоящимъ подспорьемъ для молодыхъ медиковъ, принужденныхъ дорожить своимъ временемъ.

Цѣль моя заключается въ томъ, чтобы дать посѣщающему психіатрическую клинику возможность, во-первыхъ, правильно оцѣнить всякій демонстрируемый случай съ точки зрѣнія мѣста, занимаемаго имъ въ совокупности явленій, изучаемыхъ психіатріей, и, во-вторыхъ, пополнить нѣкоторые пробѣлы, неизбѣжные при кратковременномъ только посѣщеніи клиники.

Понятно, что при такой постановкѣ вопроса исторіи болѣзни не могли найти себѣ мѣста въ настоящемъ краткомъ руководствѣ. Впрочемъ, о душевныхъ болѣзняхъ можно съ такимъ же, если не съ большимъ еще правомъ сказать то, что примѣнимо къ изученію медицины вообще: наилучше составленныя исторіи болѣзни не въ состояніи дать настоящей картины болѣзни. Это можетъ дать одно клиническое преподаваніе.

Подробное приведеніе литературныхъ источниковъ также неумѣстно въ краткомъ руководствѣ. Я ограничился поэтому указаніемъ на нѣкоторыя монографіи, въ особенности на новѣйшія, въ которыхъ сведена литература по тому или другому предмету. Этимъ я имѣлъ въ виду предоставить читателю возможность оріентироваться безъ особен-

наго труда въ болѣе детальной разработкѣ интересующаго его частнаго вопроса.

Принятые мною порядокъ изложенія и классификація оказались практически вполнѣ пригодными на основаніи моего тридцатилѣтняго опыта въ качествѣ преподавателя психіатріи.

Хотя моя классификація душевныхъ болѣзней—подобно всѣмъ остальнымъ классификаціямъ этого рода—далеко не совершенна и не зиждется на одномъ неизмѣнномъ принципѣ распредѣленія, я, однако, не сомнѣваюсь въ томъ, что, идя по избранному мною пути, въ значительномъ большинствѣ случаевъ возможно безъ особеннаго затрудненія установить діагностику и выяснить клиническое значеніе даннаго случая.

Берлинъ, іюнь 1902 г.

Dr. *Mendel.*

Оглавленіе.

Стр.

Предисловіе III
Введеніе 1

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Общая психіатрія.

А. Общая симптоматологія.

I. Разстройства чувственныхъ впечатлѣній и воспріятій.
1. Гиперэстезіи и парэстезіи, исходящія изъ заболѣванія периферическаго концевого аппарата и проводниковъ чувствительности . 6
2. Гиперэстезіи корковыхъ центровъ органовъ чувствъ и ихъ ассоціаціонныхъ путей 7
3. Галлюцинаціи или обманы чувствъ 8
Кинэстетическія галлюцинаціи 12
Галлюцинаціи внутренностныхъ ощущеній 12
Физіологическая патологія галлюцинацій 15
При какихъ состояніяхъ наблюдаются галлюцинаціи 17
Утаиваніе (dissimulatio) галлюцинацій 19
Значеніе галлюцинацій для поступковъ 20
4. Гипэстезія и анэстезія чувственнаго воспріятія 21

II. Разстройства мышленія.
1. Навязчивыя представленія 22
2. Болѣзненное ускореніе ассоціаціи представленій 22
3. Бредовыя представленія 23
a) Экспансивныя 23
b) Депрессивныя 24
1. Меланхолическія бредовыя представленія 24
2. Ипохондрически-меланхолическія бредовыя представленія . . . 25
c) Бредъ преслѣдованія у параноиковъ 26
d) Бредъ отрицанія 28
4. Болѣзненное уменьшеніе быстроты и силы процесса ассоціаціи представленій 34

III. Разстройства воспроизведенія представленій.
1. Болѣзненное усиленіе способности припоминанія. Гипермнезія . 36
2. Искаженіе припоминаемыхъ представленій. Парамнезія 36
3. Болѣзненное ослабленіе и уничтоженіе способности запоминанія. Амнезія 38

IV. Разстройства ощущеній. 40
1. Разстройства чувственныхъ ощущеній 40
a) Болѣзненное усиленіе чувственныхъ впечатлѣній . . . .
b) Болѣзненное ослабленіе или уничтоженіе чувственныхъ ощущеній 42
c) Болѣзненное превращеніе непріятныхъ въ нормальныхъ условіяхъ ощущеній—въ ощущенія пріятныя 43
2. Разстройства идейныхъ чувствъ 45
a) Болѣзненное ихъ усиленіе 45
b) Болѣзненное ослабленіе 45
c) Болѣзненное извращеніе 46

	Стр.
V. Разстройства душевнаго настроенія.	
Настроеніе духа. Аффекты	48
VI. Разстройства сознанія.	
1. Сумеречный состоянія сознанія	54
2. Оцѣпенѣніе	56
a) Боязливое оцѣпенѣніе	56
b) Маніакальный ступоръ.	57
c) Кататоническій ступоръ	57
1. Маніакальная форма неистовства	59
2. Боязливая форма неистовства	60
VII. Разстройства самосознанія	61
VIII. Разстройства въ сферѣ дѣйствій.	
1. Рефлекторныя дѣйствія	62
2. Такъ называемыя произвольныя дѣйствія	63
a) Болѣзненное усиленіе дѣятельности	63
b) Болѣзненное ослабленіе дѣятельности до полнаго ея уничтоженія	64
c) Качественныя измѣненія въ сферѣ дѣйствій	65
IX. Разстройства рѣчи и письма; измѣненія въ выраженіи лица.	
X. Болѣзненныя разстройства тѣлеснаго состоянія.	
1. Черепъ и такъ называемые физическіе признаки вырожденія	72
2. Разстройства периферическихъ чувственныхъ аппаратовъ	75
3. Разстройства чувствительности	77
4. Разстройства подвижности	78
5. Разстройства рефлексовъ	79
6. Разстройства сосудодвигательныхъ нервовъ. Аномаліи отдѣлительныхъ процессовъ. Трофическія разстройства	81
XI. Аномаліи внутренностныхъ органовъ.	
A. Этіологія душевныхъ болѣзней	87
I. Предрасполагающіе моменты	88
Наслѣдственность чрезъ зачатіе	88
II. Моменты, благопріятствующіе возникновенію душевной болѣзни при наличности предрасположенія къ ней	92
1. Періодъ наступленія половой зрѣлости	92
2. Климактерическій возрастъ	95
3. Старческій возрастъ	95
4. Беременность	96
5. Роды	96
6. Послѣродовое состояніе	96
7. Періодъ кормленія грудью	97
III. Непосредственныя причины	97
1. Соматическія	99
2. Смѣшанныя	101
B. Возникновеніе, теченіе, продолжительность и исходы психозовъ	102
Теченіе и продолжительность психозовъ	102
1. Транзиторныя душевныя разстройства	102
2. Острыя душевныя разстройства	103
3. Хроническіе психозы	104
4. Душевныя болѣзни съ періодическимъ теченіемъ	104
C. Исходы психозовъ	106
D. Патологическая анатомія душевныхъ болѣзней	112
E. Распознаваніе душевныхъ болѣзней	113
F. Предсказаніе при психозахъ	115
G. Общая терапія	117

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Частная психіатрія.

I. Идіотизмъ.	
1. Слабоуміе, imbecillitas	126
Частная симптоматологія	127
1. Сила воспроизведенія	127
2. Мышленіе	128
3. Аномаліи чувствъ	129
4. Поступки	129

Стр.

5. Идіотизмъ 131
a) Прирожденная форма 131
b) Пріобрѣтенная форма 132
Частная симптоматологія идіотизма 132
1. Чувственныя воспріятія 132
2. Сила воспроизведенія 132
3. Мышленіе 132
4. Чувства 133
5. Членораздѣльная рѣчь 133
6. Тѣлесное состояніе 134
7. Органы чувствъ и кожная чувствительность 134
Патологическая анатомія 135

II. Функціональные психозы.
1. Галлюцинаторный бредъ 138
a) Дѣятельный галлюцинаторный бредъ 138
b) Страдательный галлюцинаторный бредъ 139
c) Смѣна симптомовъ той и другой формы 139
Частная симптоматологія 139
2. Манія 143
Разновидности маніи 144
Частная симптоматологія 145
3. Меланхолія 149
a) Простая меланхолія 149
b) Типичная меланхолія 150
1. Melancholia hypochondrica 150
2 Melancholia moralis 150
3. Melancholia generalis 151
Частная симптоматологія 151
Наступленіе болѣзни 154
4. Циркулярный психозъ 157
5. Параноя 159
a) Зачаточная параноя. Навязчивыя представленія 159
b) Типичная параноя 163
1. Простая острая параноя 163
2. Простая хроническая параноя 164
3. Острая галлюцинаторная параноя 165
4. Хроническая галлюцинаторная параноя 165
Разновидности 166
Частная симптоматологія 167
6. Острое слабоуміе 170
Патологическая анатомія функціональныхъ психозовъ . . . 172

III. Психозы, обусловленные центральными нейрозами.
1. Эпилептическіе психозы 172
a) Предъ-эпилептическое помѣшательство 172
b) Послѣ-эпилептическое помѣшательство 173
c) Эпилептическіе эквиваленты 173
Частная симптоматологія острыхъ и подострыхъ эпилептическихъ психозовъ 174
d) Хроническіе эпилептическіе психозы 175
2. Истерическіе психозы 177
3. Хорическіе психозы 181
a) Chorea Sydenhami 181
b) Chorea chronica progressiva 182

IV. Интоксикаціонные психозы. 182
1. Психозы отъ самоотравленія. Эндогенные психозы . . . . .
A. Психозы, вызываемые разстройствомъ или прекращеніемъ функцій щитовидной железы 182
a) Слизистый отекъ у дѣтей. Спорадическій кретинизмъ . . 183
b) Слизистый отекъ у взрослыхъ 184
c) Кретинизмъ 185
d) Психозъ при Базедовой болѣзни 186
B. Психозы отъ самоотравленія, имѣющаго источникомъ кишечный каналъ или другіе органы 186
2. Психическія разстройства отъ проникновенія извнѣ ядовитаго вещества (экзогенные психозы). 187
a) Психическія разстройства, обусловливаемыя заразными болѣзнями. Инфекціонные психозы 187

Стр.

b) Эрготинизмъ 190
c) Пеллагра 190
3. Психозы, вызываемые органическими ядами 190
a) Алкогольные психозы 190
1. Острый алкогольный психозъ 191
2. Подострые алкогольные психозы 192
Частная симптоматологія 193
Тѣлесные симптомы 194
3. Хроническіе алкогольные психозы 197
Патологическая анатомія 198
b) Морфиноманія 199
c) Кокаиноманія 202
Прибавленіе 202
4. Психозы отъ отравленія неорганическими ядами 203
Окись углерода 203
Gaz pauvre 203
Сѣрнистый углеродъ 203
Іодоформъ 203
Свинецъ 204
Ртуть 204
V. Органическіе психозы.
1. Разлитыя пораженія мозговой коры 204
a) Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ 204
Частная симптоматологія 208
Соматическіе симптомы 210
Патологическая анатомія 215
b) Старческое слабоуміе 219
Частная симптоматологія 221
Тѣлесные симптомы 221
Патологическая анатомія 222
c) Психозы отъ склероза артерій 223
Пахименгитическіе психозы 223
d) Сифилитическіе психозы 224
Наслѣдственный сифилисъ 225
2. Психозы, вызываемые гнѣздными пораженіями головного мозга . 225
a) Психозы послѣ апоплектическихъ инсультовъ 225
b) Психическія разстройства опухолей мозга 225
Прибавленіе: Психозы отъ травматическихъ поврежденій . 226

Приложенія.
Указанія относительно изслѣдованія душевно-больныхъ и составленія исторій болѣзни и экспертныхъ свидѣтельствъ 231
Алфавитный указатель 252

Введеніе.

Душевныя болѣзни — болѣзни мозга. Но такъ какъ сѣдалищемъ душевныхъ отправленій служитъ корковый слой мозга, то, выражаясь еще точнѣе, можно сказать: душевныя болѣзни — болѣзни мозговой коры.

Не всѣ, однако, заболѣванія коркового слоя головного мозга вызываютъ душевныя разстройства. Многія гнѣздныя пораженія этого слоя протекаютъ безъ всякаго нарушенія психическихъ функцій. Для того, чтобы такое нарушеніе возникло, требуется распространенное пораженіе коркового вещества мозга.

Такимъ образомъ, *душевныя болѣзни являются разлитыми заболѣваніями мозговой коры.*

Но каковы, спрашивается, тѣ патологическіе процессы, которые ведутъ къ душевному разстройству, къ бредовому представленію? Это намъ настолько же неизвѣстно, какъ неизвѣстенъ самый физіологическій процессъ, обусловливающій нормальное мышленіе. Всѣ предлагаемыя объясненія сводятся тутъ къ простой перестановкѣ словъ и фактовъ.

Но пока мы не обладаемъ знаніемъ физіологіи психическихъ процессовъ, невозможно обойтись безъ издавна установленныхъ понятій и опредѣленій для соглашенія относительно нѣкоторыхъ фактовъ.

Исходной точкой для развитія душевной дѣятельности служатъ *впечатлѣнія органовъ чувствъ*. Они носятъ *субъективный* характеръ, поскольку они обусловливаются состояніемъ нашего тѣла; но, съ другой стороны, они являются и *объективными*, поскольку они освѣдомляютъ насъ объ условіяхъ внѣшняго міра.

Чувственныя впечатлѣнія имѣютъ опредѣленную локализацію въ корковомъ слоѣ мозга. Такъ, чувство зрѣнія сосредоточено въ корковомъ слоѣ затылочной доли головного мозга, именно въ окружности fissurae calcarinae. Чувство слуха локализовано въ верхней извилинѣ височной доли, чувства обонянія и вкуса—въ серповидной долѣ (lobus falciformis), мышечное чувство—по всей вѣроятности, въ центральныхъ извилинахъ и въ верхней теменной долѣ. Намъ представляется, что всякое ощущеніе, разъ оно достигаетъ извѣстной интенсивности, вызываетъ въ соотвѣтственныхъ нервныхъ клѣткахъ молекулярное измѣненіе, которое можетъ быть впослѣдствіи воспроизведено, пробуждено особымъ уже чисто внутреннимъ процессомъ.

Такая способность воспроизведенія чувственныхъ впечатлѣній называется *памятью органовъ чувствъ*. Соотвѣтственно вышеупомянутой лока-

лизаціи центровъ ощущенія, каждый органъ чувства обладаетъ собственной своей памятью. Изъ отдѣльныхъ ощущеній органовъ чувствъ возникаютъ *чувственныя воспріятія*, являющіяся уже въ высшей степени сложнымъ процессомъ въ корковомъ слоѣ мозга.

Я ощущаю свѣтъ, исходящій изъ какого-нибудь созвѣздія. Для *воспріятія* впечатлѣнія звѣзды, т. е. для того, чтобы дать себѣ отчетъ въ фактѣ исхожденія свѣта именно отъ этой звѣзды, еще мало самаго свѣтового впечатлѣнія: необходимо также, чтобы это впечатлѣніе получалось при условіи поднятія глазъ вверхъ и отгибанія головы назадъ; надобно еще, чтобы предметъ, служащій источникомъ свѣта, былъ бы малыхъ размѣровъ, т. е. казался бы такимъ вслѣдствіе нахожденія его на безконечно далекомъ разстояніи.

Для установленія послѣдняго факта служатъ, кромѣ того, заключенія, выводимыя изъ мышечныхъ ощущеній и обусловливаемыя сокращеніями глазныхъ, зрачковыхъ и выйныхъ мускуловъ. Каждый изъ составныхъ элементовъ чувственнаго воспріятія звѣзды является такимъ образомъ, въ свою очередь, сложнымъ ощущеніемъ, имѣющимъ свою исходную точку въ иныхъ областяхъ мозговой коры, чѣмъ та, въ которой локализованы свѣтовыя ощущенія.

Анатомическая возможность связыванія между собой этихъ различныхъ областей дана существованіемъ развитой системы и даже ряда системъ ассоціаціонныхъ волоконъ. Наконецъ, для чувственнаго воспріятія звѣзды, какъ таковой, требуется еще отождествленіе совершившагося въ данный моментъ психическаго процесса съ другимъ ему подобнымъ, прежде бывшимъ процессомъ, конечнымъ результатомъ чего и является чувственное воспріятіе звѣзды.

Воспроизведенія прежде бывшихъ ощущеній органовъ чувствъ называются представленіями. Я представляю себѣ въ умѣ видѣнную мною раньше мѣстность. Процессъ, обусловливающій сочетаніе другъ съ другомъ отдѣльныхъ представленій, называется *мышленіемъ*.

Такая ассоціація представленій совершается по опредѣленнымъ законамъ, изъ которыхъ слѣдующіе четыре указаны уже *Аристотелемъ*: законы подобія, противоположенія, сосуществованія и преемственности, причемъ послѣдній относится къ близости не только въ пространствѣ, но и во времени. Изъ позже установленныхъ многочисленныхъ законовъ ассоціаціи представленій болѣе важное практическое значеніе имѣетъ одинъ только законъ *Нитe*'а—законъ причины и дѣйствія (лучше сказать: вызывающей причины и слѣдствія) [1]).

Наиважнѣйшую роль несомнѣнно играетъ связываніе между собой представленій, возникающихъ одновременно, или, лучше сказать — такъ какъ между двумя ощущеніями органовъ чувствъ всегда проходитъ извѣстный

---

[1]) Эти законы ассоціаціи представленій далеки отъ совершенства, но ничѣмъ лучшимъ ихъ до сихъ поръ замѣнить не удалось.

промежутокъ времени — непосредственно слѣдующихъ другъ за другомъ (преемственность или послѣдовательность—successio).

Когда ассоціаціи представленій часто идутъ по тѣмъ же путямъ и въ томъ же видѣ, то пути эти становятся „торными“. Тогда сразу образуется „цѣпь ассоціацій“ или возникаютъ „ассоціаціонные ряды“ при затрогиваніи одной исходной ихъ точки. Этимъ опредѣляется легкость и кажущаяся непосредственность воспріятій и представленій. Отдѣленіемъ существеннаго, правильно повторяющагося содержанія извѣстнаго ряда связанныхъ между собой представленій отъ несущественнаго, случайнаго, не всегда находящагося на-лицо—вырабатывается, образуется *понятіе*. Изъ синтеза понятій возникаетъ *сужденіе*, а изъ сужденій—*заключеніе*, конечный результатъ отдѣльныхъ связываемыхъ между собой и борющихся другъ съ другомъ представленій.

Такъ какъ пріобрѣтаемые этимъ путемъ продукты мышленія *воспроизводимы*, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ намъ нѣтъ необходимости снова пробѣгать всѣ разъ уже пройденные пути. Существеннымъ облегченіемъ для такого воспроизведенія служитъ слово, которымъ мы обозначаемъ опредѣленное понятіе, сужденіе, заключеніе.

Ощущенія органовъ чувствъ, чувственныя воспріятія и мысленныя представленія обладаютъ, помимо воспроизводимости, еще другою особенностью: они сопровождаются опредѣленными чувствами. Въ качественномъ отношеніи чувства эти бываютъ то *пріятными*, то *непріятными*. Иногда между этими двумя родами чувствъ получается интерференція или безразличный, нулевой пунктъ, при которомъ ни то, ни другое изъ чувствъ не выступаетъ сколько-нибудь явственно.

Впечатлѣнія и воспріятія органовъ чувствъ, субъективныя и объективныя, сопровождаются *чувственными ощущеніями*. Дѣятельность мысли и вырабатываемыя ею сужденія сопровождаются интеллектуальными, нравственными чувствами или *разсудочными чувствами* (Urtheilsgefühle).

Къ этимъ послѣднимъ принадлежатъ:

1. *Этическія*, нравственныя чувства (добро и зло). Мы отличаемъ эгоистическія и альтруистическія чувства. Первыя, прирожденныя намъ, выражаются довольствомъ при всякомъ споспѣшествованіи личнымъ нашимъ интересамъ и недовольствомъ при нарушеніи этихъ интересовъ. Вторыя являются продуктомъ воспитанія и выражаются участіемъ къ ближнему, ставя иногда его интересы выше нашихъ собственныхъ. Къ этимъ альтруистическимъ чувствамъ принадлежатъ дружба, состраданіе и пр. (соціальныя чувства, чувства общественности).

2. *Религіозныя чувства*: благочестіе и, какъ противоположность ему, сознаніе нечестивости, грѣховности.

3. *Эстетическія чувства*: сознаніе красоты и уродливости, возвышеннаго и низкаго или пошлаго.

4. *Логическія* или *интеллектуальныя* чувства: чувство удовольствія при быстромъ, безпрепятственномъ ходѣ умственной работы и чувство не-

удовольствія при обратныхъ условіяхъ; непріятное чувство при сомнѣніяхъ и проч.

Чувственныя воспріятія, мышленіе, сила воспроизведенія чувства—таковы основы душевной дѣятельности, первичныя способности органа психики.

Сумма чувственныхъ воспріятій, мысленныхъ представленій и ихъ продуктовъ, какъ существующихъ въ данный моментъ, такъ и прежде бывшихъ, но способныхъ къ воспроизведенію, составляетъ наше *сознаніе*. Сумма ощущеній и чувствъ, связанныхъ съ содержаніемъ сознанія, составляетъ душевное настроеніе (Gemüth).

Когда въ сознаніи преобладаетъ извѣстное чувственное воспріятіе или извѣстное представленіе, отличающееся особенной силой, пробуждающее связанные съ нимъ психическіе элементы, оттѣсняя другіе на задній планъ, то говорятъ объ устремленіи *вниманія* въ извѣстномъ направленіи. Подобнымъ же образомъ *душевное настроеніе* представляетъ собою ориентировку нашихъ чувствъ и ощущеній въ извѣстномъ направленіи въ данный моментъ (Gemüthsstimmung).

Именемъ *аффекта* или *эмоціи* обозначаютъ *внезапное*, вызванное внѣшними или внутренними вліяніями измѣненіе нашего душевнаго настроенія, сопровождающееся настолько сильнымъ потрясеніемъ сознанія, что возникаетъ разстройство въ общемъ ходѣ представленій, преходящее нарушеніе внутренняго психическаго равновѣсія и разсудительности, чѣмъ нерѣдко вызываются и ненормальные поступки.

Вѣнцомъ нашей психической дѣятельности является развитіе *самосознанія*. Сознаніе собственной своей личности въ связи съ внѣшнимъ міромъ и въ противоположеніи къ послѣднему, а также воспріятіе непрерывности этого отношенія, и составляетъ наше *я*.

Подобно тому, какъ понятія возникаютъ изъ представленій, такъ изъ воспроизводимыхъ и непрестанно видоизмѣняющихся содержаній сознанія (причемъ существенное, правильно повторяющееся, постоянное вытѣсняетъ несущественное, случайное и измѣнчивое) возникаетъ понятіе о нашемъ *я*.

Рядомъ съ чувственными воспріятіями, представленіями, чувствами и способностью воспроизводить всѣ эти процессы нѣтъ мѣста другому основному, первичному психическому отправленію, которое можно было бы назвать волею. Такъ называемыя произвольныя дѣйствія, которыя выводились изъ воли, являются конечнымъ результатомъ ряда представленій, направленныхъ частью къ совершенію извѣстнаго дѣйствія (ассоціирующія), частью же къ воздержанію отъ этого дѣйствія (контрастирующія).

Ассоціаціонный процессъ, развивающійся между раздраженіемъ (внутреннимъ или наружнымъ), побуждающимъ къ извѣстному поступку, и движеніемъ, выполняющимъ самый поступокъ, называется *соображеніемъ*. Въ борьбѣ представленій другъ съ другомъ рѣшающимъ является наиболѣе сильное изъ нихъ, причемъ особенное значеніе имѣютъ, съ одной стороны, пріобрѣтенныя привычки, «проторенные» ассоціаціонные пути и индивидуаль-

ныя особенности (*я*), съ другой же стороны—внезапно врывающіяся чувственныя впечатлѣнія и мысленныя представленія съ сопровождающими ихъ чувствами.

Вообще можно сказать, что *воля есть не что иное, какъ „особенно рѣзкое представленіе, порождаемое другими представленіями и, въ свою очередь, порождающее дальнѣйшія представленія“.*

Нѣкоторые, повидимому, произвольные поступки оказываются, при болѣе точномъ анализѣ, простыми *рефлексами*, вызванными чувственными воспріятіями, передавшимися двигательному аппарату по протореннымъ путямъ.

Другіе поступки вызываются непреодолимыми, принудительными стремленіями, импульсами,—то бурныя чувственныя ощущенія, требующія удовлетворенія для возстановленія внутренняго душевнаго равновѣсія.

Поступки, совершенные подъ вліяніемъ аффекта или эмоціи, имѣютъ также рефлекторный характеръ, т. е. они вызываются потрясеніемъ содержанія сознанія безъ вмѣшательства мысленныхъ представленій. Рефлекторная природа ихъ сказывается уже въ порядкѣ, въ которомъ захватываются отдѣльные двигательные пути. Такъ послѣдовательно приходятъ въ дѣйствіе пути иннервацiи n. oculomotorii (выпячиваніе глазъ, измѣненіе ихъ положенія), n. trigemini (скрежетаніе зубами), n. facialis (судорожное искаженіе чертъ лица), n. vagi (сердцебіеніе) и пр.

При изложеніи болѣзненныхъ разстройствъ душевной дѣятельности намъ придется такимъ образомъ разсмотрѣть послѣдовательно:

I. разстройства ощущеній органовъ чувствъ и чувственныхъ воспріятій,
II. разстройства мышленія,
III. разстройства способности воспроизведенія,
IV. разстройства чувствъ, сопровождающихъ разные психическіе процессы.

Изъ этихъ разстройствъ должны сами собой опредѣляться и разстройства въ области сознанія, самосознанія и поступковъ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Общая психіатрія.

А. Общая симптоматологія.

I. Разстройства чувственныхъ впечатлѣній и воспріятій.

Исходной точкой этихъ разстройствъ могутъ служить заболѣванія периферическаго концевого аппарата, проводниковъ чувствительности и корковыхъ центровъ. Нарушеніе отправленія можетъ выражаться гиперэстезіей, парэстезіей, или анэстезіей (гипэстезіей).

1. Гиперэстезіи и парэстезіи, исходящія изъ заболѣванія периферическаго концевого аппарата и проводниковъ чувствительности.

Подробное описаніе этихъ процессовъ составляетъ задачу спеціальной патологіи нервной системы. Здѣсь будетъ обращено особое вниманіе только на тѣ факты, которые при душевныхъ болѣзняхъ могутъ имѣть клиническое, порою также и терапевтическое значеніе. Къ нимъ относится состояніе гиперэстезіи зрительнаго нерва, вызываемое помутнѣніями стекловиднаго тѣла, хоріоидитомъ, оптическимъ нейритомъ и т. п. и проявляющееся свѣтовыми ощущеніями (звѣзды, молнія, фотопсія), видѣніемъ огненнаго и цвѣтового тумана (энтоптическія явленія).

Со стороны органа слуха наблюдаются *энтотическія* явленія въ видѣ жужжанія, шипѣнія, свиста, разнаго рода шумовъ, могущія возникать въ зависимости отъ чирьевъ или отъ накопленія ушной сѣры въ наружномъ слуховомъ проходѣ, отъ слышанія собственнаго шума въ яремныхъ венахъ — Nonnengeräusch — у хлоротичныхъ (autopercеptio), отъ расширенія bulbi venae jugularis, отъ атероматознаго перерожденія стѣнокъ артерій (особенно въ начальномъ стадіи старческаго слабоумія).

Существованіе на языкѣ налета съ разложеніемъ послѣдняго, особенно при недостаточномъ пріемѣ пищи, могутъ порождать гнилостныя и противныя вкусовыя ощущенія (психозы съ отказомъ отъ пищи). Наконецъ, нейриты вызываютъ разныя кожныя парэстезіи, ползаніе муравьевъ, покалываніе (спинная сухотка, алкоголизмъ, сахарное мочеизнуреніе и пр.).

Всѣ названныя разстройства могутъ, у душевно-больныхъ, становиться точкой исхода галлюцинацій. Нерѣдко они придаютъ, смотря по своей локализаціи и другимъ особенностямъ, своеобразное содержаніе бредовымъ представленіямъ.

2. Гиперэстезіи корковыхъ центровъ органовъ чувствъ и ихъ ассоціаціонныхъ путей.

Изъ нейропатологіи извѣстно, что при истеріи замѣчается усиленная возбудимость корковыхъ центровъ органовъ чувствъ. Эта усиленная возбудимость сказывается на зрѣніи, слухѣ, обоняніи, вкусѣ, а также на кожныхъ ощущеніяхъ и на мышечномъ чувствѣ, т. е. на ощущеніяхъ, сопровождающихъ движенія. Повышенная раздражимость, особенно зрѣнія и слуха, зачастую встрѣчается у меланхоликовъ, которымъ каждое свѣтовое впечатлѣніе, каждый шумъ причиняютъ боль. Чрезмѣрная возбудимость въ области ощущеній, связанныхъ съ движеніями, служитъ отличительнымъ признакомъ маніакальнаго состоянія.

Результатомъ усиленной возбудимости надобно считать такъ называемыя *вторичныя ощущенія* или послѣ-ощущенія — Nachempfindungen, когда вызванное внѣшнимъ впечатлѣніемъ возбужденіе держится часами. Такъ, *Ньютонъ*, посмотрѣвъ на солнце, долго еще видѣлъ его во всемъ его блескѣ въ темной комнатѣ; одинъ изъ моихъ больныхъ часами продолжалъ слышать колокольный звонъ, отъ котораго онъ убѣжалъ и который давно уже исчезъ изъ сферы его воспріятій. Подобныя послѣ-ощущенія наблюдаются при нѣкоторыхъ психозахъ отъ отравленія (гашишъ), при истерическихъ психозахъ и при меланхоліи, гдѣ они могутъ усиливать чувство страха.

Къ группѣ состояній гиперэстезіи принадлежитъ также легкая возбудимость ассоціаціонныхъ волоконъ, соединяющихъ между собою центры органовъ чувствъ. Она и обусловливаетъ собою такъ называемыя вторичныя, сопутствующія ощущенія органовъ чувствъ или двойныя ощущенія [1]) (Mitempfindung, Doppelempfindung). Тутъ, рядомъ и одновременно съ какой нибудь галлюцинаціей слуха, возникаетъ ощущеніе цвѣта (audition colorée, «звуковые фотизмы»), причемъ высокіе тоны вызываютъ обыкновенно ощущеніе свѣтлыхъ, а низкіе тоны—темныхъ красокъ. Иногда цвѣтовыя впечатлѣнія связаны съ видѣніемъ опредѣленныхъ чиселъ, буквъ и пр. (pseudochromaesthesia).

Обонятельныя и вкусовыя ощущенія могутъ также вызывать видѣніе опредѣленныхъ красокъ, напр. синяго цвѣта при питьѣ кислыхъ жидкостей вообще, краснаго цвѣта при питьѣ уксуса (olfaction colorée, gustation colorée, обонятельные и вкусовые «фотизмы»).

Ощущеніями шума свѣтовыя впечатлѣнія сопровождаются лишь изрѣдка (свѣтовые „фонизмы“). *Köppe* наблюдалъ у себя обонятельные фонизмы (запахъ смолы) при насвистываніи одной мелодіи.

Чаще зрительныя впечатлѣнія соединяются со смутными ощущеніями движенія. Такъ, напримѣръ, при смотрѣніи внизъ съ большой высоты, могутъ возникать парэстезіи въ ногахъ.

Такія вторичныя, двойныя ощущенія или соощущенія наблюдаются у нейрастениковъ, при истерическихъ психозахъ, у меланхоликовъ, при

[1]) *Köppe*, Deutsche med. Wochenschr. 1899, № 35.

состояніяхъ паранои, но также и у здоровыхъ людей. Къ категоріи этихъ же явленій относятся и тѣ случаи, когда у больного, при видѣ нѣкоторыхъ людей, возникаютъ опредѣленныя ощущенія въ какой-нибудь части тѣла, напримѣръ въ сторонѣ желудка или въ языкѣ.

Наконецъ, гиперэстезія центровъ органовъ чувствъ служитъ главной причиной такъ называемыхъ ипохондрическихъ ощущеній.

Не подлежитъ сомнѣнію, что, подобно чувственнымъ аппаратамъ и членамъ тѣла, внутренніе органы имѣютъ свое отраженіе въ мозговыхъ центрахъ, свою центральную проекцію. Локализація этихъ центровъ намъ пока неизвѣстна. Возможно однако, что мѣстонахожденіемъ ихъ служитъ подкорковый слой мозга, какой-нибудь изъ большихъ гангліевъ. Пока органы тѣла пребываютъ въ нормальномъ состояніи, мы не получаемъ отъ нихъ никакихъ ощущеній; мы не чувствуемъ ни своего сердца, ни печени и пр. Но необычное возбужденіе, всякое болѣзненное состояніе даннаго органа, вызывая раздраженіе, передающееся въ центростремительномъ направленіи мозговымъ центрамъ, доводитъ это разстройство до сознанія: мы тогда ощущаемъ заболѣвшій органъ.

Гиперэстезія пораженнаго мозгового центра можетъ, по закону эксцентрической чувствительности, вызывать самыя разнообразныя ощущенія и въ совершенно нормальномъ органѣ: аномаліи субъективныхъ ощущеній органовъ чувствъ, *ипохондрическія ощущенія*.

При описаніи гиперэстезіи центровъ органовъ чувствъ рѣчь шла пока только о простыхъ явленіяхъ, адекватныхъ специфической энергіи нервовъ. Но гиперэстезія чувствительныхъ центровъ можетъ вызывать въ сферѣ представленій и дальнѣйшіе центральные процессы, порождающіе сложные чувственные образы. Мы называемъ ихъ

3. Галлюцинаціями [1]) или обманами чувствъ.

При этомъ въ болѣзненномъ разстройствѣ участвуетъ не только то или иное ощущеніе, но также и сложный ассоціаціонный процессъ, обозначаемый именемъ чувственнаго воспріятія.

Галлюцинаціи — не что иное какъ чувственныя воспріятія при отсутствіи соотвѣтствующаго имъ внѣшняго предмета [2]).

Онѣ свойственны всѣмъ органамъ чувствъ.

Галлюцинаціи зрѣнія могутъ быть простыя, элементарныя, составляя, какъ таковыя, переходъ отъ явленій раздраженія въ области зрительныхъ нервовъ къ галлюцинаціямъ въ тѣсномъ смыслѣ: видѣніе молніи и цвѣтовъ радуги, огненныхъ столбовъ или колесъ и пр. Или онѣ принимаютъ сложную форму: видѣніе животныхъ, крысъ, мышей (зоопсія), человѣческихъ образовъ умершихъ, ангеловъ, Бога, цѣлыхъ процессій, маскарадовъ, „фантасмагорій“.

---

[1]) Hallucinari происходитъ отъ alucus, ἀλολύζειν, ululari, звукового подражанія крику совъ. По всей вѣроятности, первоначально говорили alucinari: кричать и завывать, какъ ночныя птицы.

[2]) *Mendel*, Klin. Wochenschrift 1890, p. 578.

Иногда галлюцинація воспроизводитъ образъ самого галлюцинанта („zweites Gesicht“, „second sight“); при этомъ галлюцинантъ можетъ видѣть себя въ видѣ „трупа“ или „летящимъ по міровому пространству“ (это случается нерѣдко съ эпилептиками, случилось и съ Гёте при обратномъ шествіи его изъ Зезенгейма).

По большей части образы эти похожи на тѣни, часто они также похожи на „отраженіе“, на картины волшебнаго фонаря, т. е. они не имѣютъ глубины, тѣлесности; но иногда они явственны и ярки.

Нѣкоторые образы кажутся неподвижными, пребывая на томъ же мѣстѣ и въ томъ же положеніи (стойкія, стабильныя галлюцинаціи); другіе проходятъ передъ галлюцинантомъ, приближаются къ нему или удаляются отъ него, уменьшаются или увеличиваются (подвижныя галлюцинаціи маніакальныхъ состояній и бѣлой горячки—delirium tremens).

Нѣкоторымъ больнымъ всѣ предметы кажутся необыкновенно большими (макропсія); другимъ они, наоборотъ, кажутся слишкомъ маленькими (микропсія).

Подвижность и измѣняемость величины порождаемыхъ галлюцинаціями образовъ находятся обыкновенно въ связи съ галлюцинаціями мышечнаго чувства въ области внутреннихъ и внѣшнихъ глазныхъ мускуловъ.

Зрачокъ нерѣдко расширенъ при видѣніи галлюцинацій вдали; онъ, наоборотъ, иногда съуженъ, когда галлюцинація видится вблизи. При сочетаніи галлюцинацій зрѣнія съ галлюцинаціями мышечнаго чувства (центра письменныхъ ощущеній) больному кажется, что онъ пишетъ свои мысли на стѣнѣ, «на воздухѣ» или видитъ ихъ тамъ написанными (фотографированіе мыслей).

Галлюцинаціи слуха тоже бываютъ простыя, элементарныя (тонъ *a* у сочинителя Шумана, трескъ, выстрѣлы, шумъ воды) или сложныя: слышаніе отдѣльныхъ словъ или фразъ («негодяй», «донъ-Жуанъ водопровода», «ты долженъ жениться»), рѣчей одного человѣка или нѣсколькихъ людей—мужчинъ, женщинъ, дѣтей, толпы. Иногда чудится говоръ на различныхъ языкахъ, нерѣдко слышатся рифмы или цѣлые стихи. Голоса зачастую доносятся сначала слабо, издали приближаясь и становясь явственнѣе потомъ. По большей части слышится шопотъ, но иногда раздаются и громкіе голоса: «трубный голосъ», «мнѣ кричатъ въ уши».

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной отвѣчаетъ на голоса, разговариваетъ съ ними.

Порой галлюцинаціи слуха возникаютъ только подъ вліяніемъ галлюцинацій зрѣнія: больной видитъ тѣнь, которая начинаетъ говорить.

Къ слуховымъ галлюцинаціямъ принадлежитъ также *слышаніе собственныхъ мыслей* [1]).

Сначала больной начинаетъ слышать только одно, особенно для него важное слово изъ ряда занимающихъ его въ данный моментъ представленій,

---

[1]) *Cramer*, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. Freiburg 1889.

напримѣръ слово „отецъ“, при мысли объ отцѣ, или слово „смерть“, при мысли о смерти. Слышаніе такихъ словъ, раздающихся сначала по большей части слабо, порождаетъ въ больномъ сильное безпокойство и страхъ по поводу этого необычнаго и ужасающаго явленія. Постепенно онъ вырабатываетъ толкованіе этихъ галлюцинацій въ смыслѣ системы своихъ бредовыхъ представленій и лишь тогда развивается состояніе, при которомъ вышеупомянутыя многознаменательныя слова выростаютъ въ цѣлыя фразы, вродѣ слѣдующихъ: „теперь онъ думаетъ о своемъ отцѣ“, „теперь онъ думаетъ о своей смерти“. Больной говоритъ, что у него „эхо мыслей“, что „у него вытягиваютъ мысли“. При этомъ возникаютъ иногда своеобразныя ощущенія въ губахъ, въ языкѣ.

Съ такимъ слышаніемъ мыслей не надобно смѣшивать процессовъ, при которыхъ больной, по выраженію лица, по словамъ и поступкамъ окружающихъ людей, а также по свѣдѣніямъ, прочтеннымъ въ газетахъ и т. п., считаетъ возможнымъ заключить, что его сокровеннѣйшія мысли стали извѣстными всѣмъ («вы вѣдь знаете»). Здѣсь происходитъ простая переработка впечатлѣній въ направленіи бредовыхъ идей. Галлюцинаціи въ области кожныхъ или внутренностныхъ ощущеній въ головѣ (больному кажется, будто его «электризуютъ, магнетизируютъ») могутъ служить для больного подтвержденіемъ тому, что у него «вытягиваютъ мысли».

Для объясненія слышанія собственныхъ мыслей можно принять, что извѣстное представленіе порождаетъ обратное возбужденіе, которое и вызываетъ соотвѣтственное звуковое ощущеніе, являющееся такимъ образомъ галлюцинаціей. Согласно такому толкованію, здѣсь, въ сущности, въ сферѣ слухового чувства происходитъ тотъ же процессъ, который въ области зрѣнія порождаетъ такъ называемыя видѣнія, т. е. зрительныя галлюцинаціи, вызываемыя представленіями.

Въ своемъ чистомъ видѣ это слышаніе собственныхъ мыслей держится зачастую долгое время при чтеніи и письмѣ. Прочтенное или написанное слово, т. е. воспринятое вмѣстѣ съ нимъ или подлежащее выраженію представленіе, произносится, слышится. «Я не могу болѣе писать, ибо всякое написанное слово, еще до начертанія его, громко произносится человѣкомъ, находящимся въ саду, и всѣмъ такимъ образомъ сообщается».

Галлюцинаціи *вкуса* и *запаха*, которыхъ вообще невозможно или трудно отличить отъ иллюзій въ сферѣ тѣхъ же органовъ чувствъ, характеризуются по большей части непріятнымъ содержаніемъ: больной ощущаетъ вкусъ „asae foetidae“, „мочи и кала“, „человѣческаго мяса“. Онъ чувствуетъ запахъ „трупа“, „сѣрныхъ паровъ“, „падали“, „пота“. Пріятныя галлюцинаціи запаха и вкуса встрѣчаются рѣдко, а если и встрѣчаются, то чаще всего при истерическихъ психозахъ: „небесныя сладости“, „розовое масло“, „пачули“.

Отъ этихъ галлюцинацій слѣдуетъ строго отличать бредовыя представленія ипохондриковъ, при которыхъ больной обыкновенно жалуется на тошноту послѣ ѣды, на вызванные будто-бы пищей поносъ, головокру-

женіе и пр., заключая изъ этого, что въ съѣденномъ долженъ былъ находиться ядъ, котораго, впрочемъ, на вкусъ и на запахъ онъ не ощущалъ— такъ больной обыкновенно отвѣчаетъ на заданный ему по этому поводу вопросъ. Многія мнимыя галлюцинаціи вкуса оказываются ничѣмъ инымъ, какъ галлюцинаціями осязанія въ языкѣ (ощущеніе „покалыванія", „шероховатости", присутствія „иголокъ", „стеклянныхъ осколковъ", „волосъ" въ кушаньяхъ).

Галлюцинаціи кожной чувствительности (кожныя галлюцинаціи) проявляются ощущеніемъ онѣмѣнія, ползанія мурашекъ, покалыванія, щекотанія, опрыскиванія, бѣганія крысъ, ползанія по тѣлу змѣй, электризаціи, магнетизированія, толчковъ, ударовъ, наложенія узъ, присутствія маленькихъ инородныхъ тѣлъ подъ кожей (при кокаинныхъ психозахъ).

Въ области *термическаго чувства* галлюцинаціи сказываются ощущеніями „проведенія по тѣлу холодной губки", „наложенія холодной руки на лобъ", „приставленія раскаленнаго желѣза къ тѣлу", „поливанія кипящей водой" и т. п.

О галлюцинаціяхъ *мышечнаго чувства*, поскольку онѣ касаются мускуловъ глазъ, уже упоминалось при галлюцинаціяхъ зрѣнія. Галлюцинаціи мышечнаго аппарата членораздѣльной рѣчи (двигательный центръ рѣчи) могутъ вызывать появленіе *внутренней рѣчи*.

Больной чувствуетъ, что кто-то въ немъ говоритъ. „Существуетъ говоръ мыслей", „есть шестое чувство", „мнѣ навязываютъ новую рѣчь". Согласно системѣ бредовыхъ идей, эта внутренняя рѣчь приписывается особымъ личностямъ: „во мнѣ говоритъ Мейеръ", „во мнѣ говоритъ лукавый".

При дальнѣйшемъ развитіи такого болѣзненнаго состоянія дѣло можетъ дойти до удвоенія и даже до утроенія личности: въ головѣ говорятъ двѣ враждебныя другъ другу силы, причемъ третья сила, страдающая отъ борьбы двухъ первыхъ,—самъ больной.

Процессъ внутренней рѣчи можно объяснить слѣдующимъ образомъ. Уже при нормальныхъ условіяхъ, одновременно съ мышленіемъ обыкновенно происходитъ возбужденіе двигательныхъ представленій рѣчи, которое довольно часто, въ особенности когда занимающее насъ представленіе очень живо, вызываетъ легкое движеніе губъ, языка и пр.

При болѣзненныхъ же условіяхъ этотъ процессъ возбужденія—передающійся отъ представленія, при посредствѣ звукового центра, центру двигательному—можетъ принять обратное направленіе. Первично вызванныя двигательныя представленія словъ, проводимыя чрезъ звуковой центръ, наше я ощущаетъ какъ слова, раздающіяся внутри его: больной чувствуетъ, что въ немъ говорятъ.

Если съ этими галлюцинаціями связываются особыя состоянія возбужденія въ центрахъ внутренностныхъ ощущеній, то больному можетъ казаться, что рѣчь, говоръ исходитъ изъ желудка, изъ живота, изъ груди и пр.

Кинэстетическія галлюцинаціи.

Осязательныя кожныя ощущенія, центростремительныя возбужденія суставныхъ поверхностей, мышечныхъ сухожилій и мускуловъ освѣдомляютъ насъ о положеніи нашихъ членовъ и объ ихъ движеніяхъ (кинэстетическія ощущенія).

Болѣзненное центральное возбужденіе этихъ ощущеній можетъ вызывать галлюцинаціи. Больные ощущаютъ покачиванія своего тѣла, паренія въ воздухѣ, увлеченіе въ высь или низверженіе въ глубины.

Изъ этого источника бредовыя представленія черпаютъ свое содержаніе. Больнымъ кажется, что они плывутъ по морю, что они могутъ летать, что они возносятся къ небу или проваливаются сквозь землю.

Степень мышечнаго напряженія въ нормальномъ состояніи зависитъ отъ рода и силы центростремительныхъ возбужденій. Но послѣднія могутъ замѣщаться галлюцинаціями въ области кинэстетическихъ ощущеній, а эти галлюцинаціи опредѣляютъ степень мышечнаго напряженія. Кататоническія окоченѣнія по большей части сводятся къ такимъ галлюцинаціямъ, сопровождающимся или не сопровождающимся бредовыми представленіями.

Галлюцинаціи внутренностныхъ ощущеній.

Если ипохондрическія ощущенія, какъ было сказано выше, имѣютъ своей причиной гиперэстезію корковыхъ или подкорковыхъ центровъ внутренностной чувствительности, то галлюцинаціи въ сферѣ послѣдней видоизмѣняютъ эти ощущенія существеннымъ образомъ.

Смотря по преобладающимъ бредовымъ представленіямъ, больные начинаютъ утверждать, что у нихъ «голова стеклянная», «желудокъ соскользнулъ внизъ», «сердце смѣстилось», «изъ спины что-то вынули», «заднепроходное отверстіе заложено камнемъ» и пр. Въ тяжелыхъ случаяхъ (обыкновенно въ связи съ другими галлюцинаціями) у больного возникаетъ бредовое представленіе о томъ, что все тѣло его измѣнено, что онъ превращенъ въ звѣря, въ волка (ликантропія), въ собаку (кинантропія).

Галлюцинаціи въ *половой сферѣ*, могущія протекать какъ въ сопровожденіи сладострастныхъ ощущеній, такъ и безъ нихъ, заставляютъ мужчинъ утверждать, что у нихъ вызываютъ эрекцію, извлекаютъ сѣмя; женщины жалуются, что невидимыя личности совокупляются съ ними, что имъ вырываютъ влагалище и матку, или же что ихъ животъ ростетъ, что онѣ чувствуютъ движенія ребенка и пр.

Переработка половыхъ галлюцинацій въ смыслѣ господствующей системы бредовыхъ представленій порождаетъ *суккубовъ* и *инкубовъ* (мужчинъ или женщинъ, думающихъ, что они имѣютъ половыя сношенія съ діаволомъ).

Когда галлюцинація вызывается внѣшнимъ предметомъ и вкладывается потомъ въ него, относится къ нему больнымъ, то ее называютъ *иллюзіей*. Иллюзія есть, слѣдовательно, чувственное воспріятіе внѣшняго предмета, измѣненнаго галлюцинаціей.

Иллюзіи встрѣчаются во всѣхъ органахъ чувствъ. Въ области зрѣнія онѣ видоизмѣняютъ видъ облаковъ, деревьевъ, обоевъ; онѣ ведутъ порою къ явленію смѣшиванія личностей: больной принимаетъ чуждыхъ ему людей за знакомыхъ или, наоборотъ, видитъ знакомыхъ въ измѣненномъ, галлюцинаторномъ образѣ. Онъ усматриваетъ въ выраженіи лица окружающихъ его и даже чужихъ ему людей испугъ или отвращеніе (меланхолія, параноя): „мнѣ все кажется такимъ страннымъ, чужимъ“.

И контуры собственнаго тѣла принимаютъ иногда для больного иную форму, напр. при смотрѣніи въ зеркало (ипохондрическіе психозы).

Внѣшнее раздраженіе, порождающее галлюцинацію зрѣнія, исходитъ нерѣдко изъ самаго глаза: тѣнь, бросаемая кровеносными сосудами глазного дна на сѣтчатку, вторичные образы, возникающіе на сѣтчаткѣ (Nachbilder), скотомы (у алкоголиковъ), переломъ хрусталика—могутъ служить раздраженіемъ, вызывающимъ иллюзіи, видѣніе мухъ, гусеницъ и т. п.

Иллюзіи зрѣнія появляются у нѣкоторыхъ больныхъ только при открытыхъ, у другихъ—только при закрытыхъ глазахъ.

Иллюзіи *слуха* сказываются бранными словами въ шелестѣ листьевъ, ласками въ пѣніи птицъ, слышаніемъ обидныхъ и выражающихъ подозрѣніе словъ въ невинныхъ рѣчахъ окружающихъ, въ сказанномъ мимо проходящими чужими людьми.

Часто иллюзіи слуха возбуждаются заболѣваніемъ периферическаго концевого аппарата (ушная сѣра, otitis externa et interna и пр.). Сначала возникаютъ только шумы, звонъ, жужжаніе, ощущаемые въ ухѣ или головѣ; потомъ эти шумы кажутся исходящими извнѣ и, наконецъ, больной вкладываетъ въ нихъ слова, различаетъ въ нихъ голоса.

Подобныя иллюзіи *Jolly* могъ вызывать искусственно электрическимъ раздраженіемъ слухового нерва. Выше уже было сказано, что въ сферѣ вкуса и обонянія рѣдко можно бываетъ отличить навѣрняка галлюцинаціи отъ иллюзій. Здѣсь слѣдуетъ еще упомянуть о томъ, что нѣкоторыя лекарственныя вещества, каковы сантонинъ, морфій, при употребленіи ихъ въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ, могутъ вызывать иллюзіи.

Въ области кожныхъ ощущеній нейриты, прикосновеніе одѣялъ, складки въ простынѣ или въ рубашкѣ могутъ порождать иллюзіи, имѣющія характеръ вышеупомянутыхъ галлюцинацій или проявляющіяся ощущеніемъ ползанія по кожѣ звѣрей, блохъ, змѣй и пр.

Подобнымъ же образомъ и наружныя поврежденія мышцъ или кинэстетическаго аппарата могутъ служить раздраженіемъ, вызывающимъ иллюзіи.

Особенно часты иллюзіи въ области внутренностныхъ ощущеній: болѣзненное измѣненіе какого-нибудь органа служитъ исходной точкой для обмановъ чувствъ. Иногда и самое тщательное изслѣдованіе не обнаруживаетъ такого заболѣванія и только при вскрытіи можно бываетъ дать себѣ отчетъ въ генезисѣ иллюзіи. Такъ, одинъ больной утверждалъ, что у него въ опредѣленномъ мѣстѣ спины вырѣзали частицу тѣла. Эта кажу-

щаяся галлюцинація оказалась при вскрытіи иллюзіей: на указанномъ больномъ мѣстѣ помѣщалась раковая опухоль поджелудочной железы.

Раздраженіе, вызывающее галлюцинацію, можетъ исходить не только изъ периферіи, но также изъ психическихъ представленій.

Явленія, именуемыя видѣніями, всѣмъ хорошо извѣстны: какое-нибудь преобладающее, интенсивное представленіе пробуждаетъ соотвѣтственный ему чувственный образъ (при усиленномъ размышленіи о божественныхъ предметахъ появляется ангелъ или возникаютъ галлюцинаціи, подобныя тѣмъ, которыя Лютеръ имѣлъ въ Вартбургѣ).

Нѣкоторые здоровые субъекты могутъ вызывать у себя такіе образы (произвольныя галлюцинаціи, hallucinationes voluntariae), но чаще это наблюдается при психозахъ, въ особенности при истерическихъ, у алкоголиковъ, также при маніакальныхъ состояніяхъ: „я вижу что хочу“, говорятъ обыкновенно такого рода больные.

Галлюцинаціи, какъ и иллюзіи, могутъ возникать съ одной только стороны [1]). Это наблюдается преимущественно въ области слуховыхъ и зрительныхъ ощущеній.

Односторонніе галлюцинаціи появляются чаще всего слѣва.

Такія односторонніе галлюцинаціи наблюдаются при истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ (видѣніе „краснаго зубчатаго колеса лѣвымъ глазомъ въ качествѣ ауры эпилептическаго припадка, „пѣніе пѣтуха“, „звѣриный вой“, раздающееся съ лѣвой стороны пѣніе „Wacht am Rhein“ у эпилептиковъ и въ одномъ случаѣ истерическаго психоза) и еще чаще при алкоголизмѣ.

Двусторонніе зрительныя галлюцинаціи сопровождаются иногда геміанопсіей.

Во всѣхъ случаяхъ, когда на непораженной сторонѣ чувственныя воспріятія происходятъ нормально, необходимо тщательное изслѣдованіе периферическаго аппарата, такъ какъ тутъ часто имѣется дѣло съ иллюзіями, зависящими отъ болѣзненнаго измѣненія въ этомъ аппаратѣ.

Въ сферѣ кожной чувствительности односторонніе галлюцинаціи выражаются ощущеніемъ подергиванія, потягиванія за одно ухо или тѣмъ, что больному кажется, будто рядомъ съ нимъ, на сторонѣ, пораженной галлюцинаціей, лежитъ другой человѣкъ.

Обоесторонніе галлюцинаціи могутъ имѣть различное съ каждой стороны содержаніе (hallucinations dédoublées).

Больной однимъ глазомъ видитъ галлюцинаціонный образъ мужчины, другимъ глазомъ—образъ женщины; или же однимъ ухомъ онъ слышитъ слово „мошенникъ“, тогда какъ въ другое ухо ему шепчутъ: „любимый“.

Голосъ, раздающійся съ одной стороны, совѣтуетъ больному сдѣлать то-то; другой голосъ, съ противоположной стороны, совѣтуетъ этого не дѣлать.

---

[1]) *Higier*, Ueber unilaterale Hallucinationen. Wiener Klinik 1894.—*Robertson*, Journal of mental science 1901, april.

Сопровождающій больного „духъ“ хватаетъ его за правое ухо при всякомъ плохомъ и за лѣвое ухо при всякомъ хорошемъ поступкѣ.

Съ этими односторонними и раздвоенными галлюцинаціями часто связаны обыкновенныя обоестороннія галлюцинаціи, причемъ первыя какъ бы промелькиваютъ между вторыми. Въ другихъ случаяхъ односторонніе и обоестороннія галлюцинаціи смѣняютъ другъ друга.

Антагонистическими или контрастирующими галлюцинаціями называются такія, которыя, все равно появляются-ли онѣ въ одномъ или въ нѣсколькихъ органахъ чувствъ, противорѣчатъ другъ другу, какъ мы это уже видѣли при обоесторонніхъ галлюцинаціяхъ различнаго содержанія. Онѣ кажутся больному взаимнымъ отрицаніемъ другъ друга.

Подобно вторичнымъ ощущеніямъ органовъ чувствъ, встрѣчаются также вторичныя галлюцинаціи (рефлекторныя галлюцинаціи). При этомъ первичное впечатлѣніе можетъ быть вполнѣ реальнымъ чувственнымъ воспріятіемъ или же опять-таки галлюцинаціей.

Больной слышитъ, какъ его называютъ по имени и ощущаетъ толчокъ въ сторонѣ желудка; послѣ извѣстнаго обонятельнаго ощущенія у него возникаетъ галлюцинація въ половой сферѣ.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ галлюцинаціи сопряжены съ непріятными чувствами, о чемъ было уже упомянуто при описаніи вкусовыхъ и обонятельныхъ ощущеній, сопровождаясь сначала страхомъ, ужасомъ по поводу необычнаго, неслыханнаго, ужасающаго явленія (позднѣе больные привыкаютъ къ этому). Рѣдко наблюдаются пріятныя ощущенія при галлюцинаціяхъ, связанныхъ съ напряженнымъ ожиданіемъ (при истерическихъ психозахъ, у паралитиковъ, параноиковъ).

Физіологическая патологія галлюцинацій.

Исходную точку для возникновенія галлюцинацій искали то въ периферическомъ нервномъ аппаратѣ (*Calmeil, Foville, Johannes Müller*), то въ зрительныхъ чертогахъ—thalami optici—(*Luys, Ritti*), въ подкорковыхъ мозговыхъ гангліяхъ (*Meynert*), въ корковыхъ центрахъ органовъ чувствъ (*Ferrier, Tamburini*), то въ центрѣ самыхъ представленій (*Esquirol*: галлюцинаціи—не что иное какъ образы, идеи, воспроизводимые памятью, связываемые другъ съ другомъ силою воображенія и принимающіе личный характеръ въ силу привычки).

Противъ периферическаго возникновенія (включая сюда и подкорковые центры) говоритъ тотъ фактъ, что галлюцинаціи могутъ развиваться или держаться и при полномъ разрушеніи периферическаго аппарата (слѣпые, глухіе); далѣе, что нервъ на периферическое раздраженіе отвѣчаетъ только соотвѣтственно его специфической энергіи (зрительный нервъ—фосфенами, слуховой нервъ—шумами), а не сложными чувственными образами. Происхожденію галлюцинаціи отъ самихъ представленій противорѣчитъ существованіе односторонніхъ галлюцинацій, а также и то, что содержаніе галлюцинацій можетъ быть совершенно чуждымъ процессу мышленія, какъ

это въ особенности наблюдается въ началѣ нѣкоторыхъ психическихъ заболѣваній, чаще всего при параноѣ.

Съ другой стороны, душевно-больные твердо вѣрятъ въ реальную правдивость своихъ галлюцинацій, съ которыми ихъ мысли и поступки приводятся въ соглашеніе; они лишены возможности исправлять эти обманы чувствъ; наконецъ, галлюцинаціи черпаютъ обыкновенно свое содержаніе изъ бредовыхъ представленій и приноровляются къ нимъ. Все это невозможно объяснить иначе, какъ предположивъ одновременное существованіе болѣзненнаго измѣненія психики.

Противъ возникновенія галлюцинацій въ особомъ корковомъ чувственномъ центрѣ говорятъ случаи, въ которыхъ фокусныя пораженія этого центра вызывали не сложныя галлюцинаціи, но только свѣтовыя ощущенія или ощущенія шумовъ (*Gowers*, *Bennet*).

Если бы галлюцинаціи вызывались фокуснымъ пораженіемъ соотвѣтственныхъ чувственныхъ центровъ, то больной былъ бы въ состояніи обнаружить свою ошибку провѣркой другими, нормальными чувственными воспріятіями, какъ это и случается на самомъ дѣлѣ при галлюцинаціяхъ, признаваемыхъ за обманы чувствъ самими больными (hallucinations avec conscience). Наоборотъ, существенное участіе чувственныхъ центровъ въ процессѣ галлюцинаціи устанавливается несомнѣннымъ образомъ измѣненіями, претерпѣваемыми галлюцинаторнымъ образомъ согласно пораженному чувственному центру (галлюцинаціи слуха). Такъ, напримѣръ, у одного субъекта, страдавшаго атактической афазіей съ глухотой по отношенію къ словамъ (Worttaubheit), наблюдались галлюцинаціи слуха въ видѣ непонятныхъ фразъ съ примѣсью иностранныхъ словъ (*Holland*). У другого больного съ дефектомъ поля зрѣнія отъ центральнаго пораженія галлюцинаціи воспроизводили, соотвѣтственно этому дефекту, только части галлюцинаторнаго образа, голову или бюстъ (*Pick*).

При такомъ положеніи дѣлъ одна только психо-сенсоріальная теорія галлюцинацій соотвѣтствуетъ фактамъ [1]). Предварительнымъ условіемъ возникновенія галлюцинаціи служитъ болѣзненное измѣненіе психики, на почвѣ и при участіи котораго болѣзненное раздраженіе центровъ органовъ чувствъ порождаетъ галлюцинацію. Галлюцинація является такимъ образомъ фокуснымъ симптомомъ при разлитомъ пораженіи коркового слоя мозга и служитъ, смотря по локализаціи пораженнаго центра, мѣстнымъ признакомъ болѣзни.

Какъ уже сказано выше при описаніи иллюзій, приходящее съ периферіи раздраженіе можетъ имѣть значеніе для возникновенія галлюцинаціи. Это периферическое возбужденіе можетъ быть также вызвано искусственно.

Прекращеніе периферическаго раздраженія, закрытіе вѣкъ, затыканіе ушей, устраненіе болѣзненнаго состоянія въ периферическомъ аппаратѣ

---

[1]) *Storch*, Versuch einer psycho-physiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen. Monatsschrift für Psychiatrie 1802.

даннаго органа чувствъ — могутъ уменьшить интенсивность галлюцинаціи или повести даже къ ея исчезновенію.

При какихъ состояніяхъ наблюдаются галлюцинаціи.

Появленіе галлюцинаціи предполагаетъ, что субъектъ способенъ воспринимать чувственные образы въ центрѣ, въ которомъ онъ галлюцинируетъ. Слѣпой или глухой отъ рожденія не можетъ имѣть зрительныхъ или слуховыхъ галлюцинацій, но этого рода галлюцинаціи могутъ возникать у слѣпыхъ или глухихъ, ослѣпнувшихъ или оглохшихъ уже послѣ рожденія.

Галлюцинаціи встрѣчаются:

1. У *душевно-здоровыхъ людей* въ одной только области зрѣнія, причемъ онѣ составляютъ изолированное явленіе или показываются лишь изрѣдка (Гёте, Спиноза, Наполеонъ; послѣдній, по сообщенію Тьери, при всѣхъ важныхъ событіяхъ видѣлъ надъ собою звѣзду, какъ бы приглашавшую его идти впередъ). Здѣсь слѣдуетъ также указать на интересныя сообщенія *Jolly* о галлюцинаціяхъ зрѣнія ботаника *Naegeli* послѣ ожога обоихъ глазъ (Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 40, p. 684).

Въ темной комнатѣ, послѣ операціи катаракты, и у *душевно-здоровыхъ людей* появляются иногда галлюцинаціи зрѣнія.

2. При *истеріи* и *эпилепсіи*. Хотя больной и сомнѣвается въ первый моментъ, соотвѣтствуетъ-ли объективной истинѣ чувственное воспріятіе, порождаемое галлюцинаціей, но скоро онъ убѣждается въ своей ошибкѣ, жалуясь тогда на „болѣзненные“ припадки.

При эпилепсіи галлюцинаціи, особенно обонянія, служатъ иногда аурой; порой онѣ являются эпилептическимъ эквивалентомъ. У эпилептиковъ можно бываетъ иногда вызвать галлюцинаціи зрѣнія прижатіемъ сонныхъ артерій.

3. При состояніяхъ *анэміи мозга* послѣ большихъ потерь крови, въ особенности послѣ родовъ, въ послѣродовомъ періодѣ и у потерпѣвшихъ кораблекрушеніе.

Галлюцинаціи эти встрѣчаются преимущественно въ области зрѣнія, но ихъ также можно бываетъ наблюдать въ сферѣ слуха (звонъ колоколовъ и пр.).

На почвѣ анэміи мозга возникаютъ и такъ называемыя *гипнагогическія галлюцинаціи*, которыя появляются иногда и у душевно-здоровыхъ субъектовъ въ моментъ, предшествующій засыпанію или передъ полнымъ просыпаніемъ.

4. При *лихорадочныхъ болѣзняхъ*; дѣти легко галлюцинируютъ, какъ только они начинаютъ лихорадить.

5. При *отравленіяхъ* и *психозахъ отъ отравленія* (см. эти психозы).

6. При *фокусныхъ пораженіяхъ чувственной корковой области*.

КЗК "Дніпропетровська обласна універсальна наукова бібліотека ім.Первоучителів слов'янських Кирила і Мефодія"

ДЧ 17

Такъ, напримѣръ, при заболѣваніяхъ затылочной доли появляются галлюцинаціи зрѣнія съ сохраненіемъ сознанія ложности этихъ образовъ.

7. При *различныхъ душевныхъ болѣзняхъ* (см. отдѣльныя ихъ формы). Галлюцинаціи рѣдко встрѣчаются у идіотовъ; онѣ рѣдко (по крайней мѣрѣ галлюцинаціи зрѣнія) встрѣчаются при маніи, наблюдаясь въ одиночныхъ случаяхъ при простой параноѣ (paranoia simplex), нѣсколько чаще (галлюцинаціи слуха, но также и въ другихъ органахъ чувствъ) при меланхоліи. При галлюцинаторномъ бредѣ (delirium hallucinatorium) и при галлюцинаторной параноѣ (paranoia hallucinatoria) галлюцинаціи составляютъ существенную принадлежность болѣзни, то же можно сказать и о галлюцинаціяхъ внутренностныхъ ощущеній при ипохондрическихъ формахъ психозовъ.

При такъ называемыхъ сумеречныхъ состояніяхъ сознанія (Dämmerungszustände) галлюцинаціи возникаютъ подобно тому, какъ онѣ образуются въ физіологическомъ сновидѣніи. Но здѣсь появляются главнымъ образомъ образы, вызываемые воспоминаніемъ, и которые, какъ это имѣетъ мѣсто и при сновидѣніяхъ, перемѣшиваются, сплетаются самопроизвольно безъ отношенія ко времени и пространству.

Иногда галлюцинаціи наблюдаются лишь въ одномъ органѣ чувствъ, но чаще онѣ появляются въ нѣсколькихъ органахъ чувствъ. При внимательномъ изслѣдованіи довольно часто можно бываетъ узнать, что галлюцинаціи, особенно сильныя въ томъ или иномъ органѣ чувствъ, въ сущности происходятъ и во всѣхъ или почти во всѣхъ другихъ.

8. *Послѣ излеченія душевныхъ болѣзней*, галлюцинаціи съ сохраненіемъ сознанія обмана чувствъ могутъ еще долгое время держаться въ отдѣльныхъ сферахъ чувственнаго воспріятія (остаточныя галлюцинаціи, residuäre Hallucinationen — *Wernicke*). Одной изъ моихъ паціентокъ, страдавшей меланхоліей, послѣ излеченія слышалось годами слово „грѣхъ“.

Распознаваніе. Чтобы опредѣлить, имѣется-ли въ данномъ случаѣ галлюцинація, необходимо констатировать существованіе соотвѣтственнаго чувственнаго воспріятія. Изъ показаній больного о томъ, какими кажутся ему самому его галлюцинаціи, слѣдуетъ устранить все относящееся къ толкованію ихъ (переработка въ смыслѣ системы бредовыхъ идей), всѣ попытки объясненія, и тщательно установить всѣ чувственныя воспріятія больного, въ которыхъ онъ убѣжденъ.

При этомъ галлюцинація окажется болѣе или менѣе яркимъ чувственнымъ образомъ, отличающимся навязчивостью по отношенію къ больному.

У душевно-больныхъ галлюцинаціи характеризуются, далѣе, несокрушимостью, силою убѣжденія, съ которою больной выдаетъ чисто субъективное воспріятіе за объективный фактъ. Въ начальномъ стадіи психическаго разстройства больной хотя иногда и предается сомнѣніямъ, пробуетъ, помощью контроля другихъ чувствъ, убѣдиться въ дѣйствительномъ присутствіи кого-то, кто говорилъ, въ томъ, что онъ не ошибается. Но постепенно онъ перестаетъ нуждаться въ такомъ контролѣ. Онъ убѣждается въ фак-

тическомъ присутствіи и замѣняетъ физическую невозможность чудесами безпроволочнаго электричества, телефона, фонографа, рентгеновскихъ лучей, магнетизма или даже „волшебствомъ“, „колдовствомъ“ и т. п. Вопреки всѣмъ возраженіямъ, онъ остается при своей точкѣ зрѣнія, которую иногда обосновываетъ на мнимомъ превосходствѣ своихъ чувствъ. „Прежде я тоже слышалъ только какъ вы слышите, но теперь мой слухъ утончился“, сказалъ одинъ изъ моихъ больныхъ, которому я утверждалъ, что не слыхалъ только что раздавшагося для него „голоса“.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ душевно-больные признаютъ, однако, свои галлюцинаціи заблужденіемъ. Они наблюдаютъ ихъ до нѣкоторой степени объективно, объявляя ихъ фокусами, созданіями извѣстныхъ личностей, попытками враговъ повредить имъ или даже свести ихъ съ ума (алкоголики, paranoia hallucinatoria).

Галлюцинаціи можно смѣшать со слѣдующими явленіями:

1. Съ психическими галлюцинаціями (*Baillarger*), интеллектуальными галлюцинаціями. Здѣсь имѣется дѣло только съ представленіями необычайной живости, яркости. Это „звуки безъ словъ“, „картины безъ красокъ“: „я точно вижу“, „мнѣ точно говоритъ внутренній голосъ“. При этомъ ничего собственно не видятъ, ничего не слышатъ. Сюда принадлежатъ также соотвѣтствующія системѣ бредовыхъ идей ложныя толкованія объективно вѣрныхъ чувственныхъ воспріятій. Больной на самомъ дѣлѣ слышитъ звяканье связки ключей и утверждаетъ, что слышитъ звонъ цѣпей, въ которыя его хотятъ заковать.

2. Съ обманами, иллюзіями памяти. Больной разсказываетъ, что тутъ былъ такой-то, что онъ пережилъ то-то. Утвержденія эти могутъ проистекать изъ прежде бывшей галлюцинаціи, но часто, особенно при состояніяхъ ослабленія психическихъ функцій (общій параличъ, старческое слабоуміе), они продуктъ иллюзіи памяти (см. соотвѣтственную главу).

3. Съ символизированіемъ. Какъ дѣти вкладываютъ въ свои игры и игрушки всевозможныя олицетворенія и придаютъ имъ разныя значенія, такъ и слабоумные больные могутъ символизировать окружающіе ихъ предметы и личности, внѣ всякаго разстройства чувственныхъ воспріятій.

Такъ, параноики особенно склонны подвергать разнымъ превращеніямъ, согласно преобладающей у нихъ системѣ бредовыхъ идей, окружающихъ ихъ лицъ и при отсутствіи галлюцинацій или иллюзій (delirium palingnosticum et metabolicum).

Утаиваніе (dissimulatio) галлюцинацій.

Съ цѣлью избѣжать помѣщенія въ заведеніе или выйти изъ него или же чтобы избѣгнуть лишенія правоспособности и т. п., душевно-больные иногда утаиваютъ свои галлюцинаціи. Довольно часто при этомъ удается напасть на слѣдъ, ударить по надлежащей клавишѣ, наблюдая за измѣнчивымъ выраженіемъ лица больного, за движеніями его головы, задавая вопросъ, почему онъ все смотритъ на потолокъ, на дверь, почему онъ

закладываетъ уши ватой, затыкаетъ замочную скважину бумагой и пр. Больной сначала смущается, не рѣшается отвѣчать, но затѣмъ постепенно высказывается. Иногда діагностика устанавливается несомнѣннымъ образомъ лишь послѣ нахожденія письменныхъ замѣтокъ больного или поведеніемъ его, когда онъ думаетъ, что остался наединѣ, что за нимъ не наблюдаютъ.

Значеніе галлюцинацій для поступковъ.

Сила убѣдительности галлюцинацій объясняетъ ихъ вліяніе на стремленія и поступки больныхъ, а аномалія мышленія объясняетъ превращеніе галлюцинацій въ поступки безъ существеннаго вмѣшательства задерживающихъ представленій.

Иногда, особенно при болѣе сильномъ затемнѣніи сознанія, галлюцинирующіе субъекты до такой степени поглощены своими галлюцинаціями,— которыя создаютъ имъ новый чувственный міръ,—что кажутся совершенно безучастными къ происходящему вокругъ нихъ. Въ другихъ случаяхъ все поведеніе ихъ, будетъ-ли оно спокойнымъ или возбужденнымъ, опредѣляется главнымъ образомъ галлюцинаціями. Извѣстныя галлюцинаціи зачастую придаютъ поступкамъ тоже опредѣленный, подчасъ насильственный характеръ.

Богъ повелѣлъ больному принести ему жертву, и больной убиваетъ чужого ему человѣка. Богъ повелѣваетъ очистить церковь отъ недостойныхъ пастырей, и больной поджигаетъ соборъ (въ Нью-Іоркѣ). Иногда насильственная реакція слѣдуетъ непосредственно за галлюцинаціей. Больному чудится, что провожающій его человѣкъ или незнакомецъ, встрѣченный на улицѣ, говорятъ ему бранныя слова, и онъ тотчасъ же убиваетъ ихъ.

По мѣрѣ ослабленія умственныхъ способностей и энергіи уменьшается также и вліяніе галлюцинацій на поступки больныхъ.

Предсказаніе при галлюцинаціяхъ сообразуется съ лежащею въ основѣ ихъ болѣзнью. Неблагопріятны вообще въ прогностическомъ отношеніи тѣ галлюцинаціи, которыя находятся въ тѣсной связи съ систематизированными бредовыми представленіями.

При *леченіи* галлюцинацій надобно имѣть прежде всего въ виду форму психоза, на почвѣ котораго онѣ возникли.

Тщательное изслѣдованіе периферическаго аппарата, въ области котораго происходятъ галлюцинаціи, имѣетъ, согласно ранѣе сказанному, важное значеніе.

Дѣйствительно, подвергая леченію патологическія измѣненія, могущія имѣть мѣсто въ этомъ аппаратѣ, удается иногда оказать благопріятное вліяніе, ослабить или устранить галлюцинаціи.

Въ качествѣ симптоматическаго средства можно испробовать ехtг. stramonii, назначая его сначала въ количествѣ 0,1, разъ или дважды въ сутки, и повышая постепенно дозу до 0,25. Можно также давать мышьякъ въ постепенно возростающихъ дозахъ.

Что же касается до попытокъ разубѣдить больного въ объективномъ существованіи предметовъ его обманчивыхъ чувственныхъ воспріятій, то онѣ не только безполезны, но часто приносятъ вредъ, возбуждая больного.

Но, съ другой стороны, отнюдь не слѣдуетъ уступать больному въ признаніи реальности его галлюцинацій. Поэтому надобно ограничиться спокойнымъ, но яснымъ заявленіемъ или объясненіемъ (поскольку вообще больной доступенъ объясненіямъ), что возбужденная фантазія можетъ порождать многое, на самомъ дѣлѣ не существующее.

4. Гипэстезія и анэстезія чувственнаго воспріятія.

Болѣзненное ослабленіе способности къ чувственнымъ воспріятіямъ можетъ принять форму замедленія проводимости ихъ.

Замедленіе это можетъ распространяться на всѣ органы чувствъ или же проявляться только въ нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Оно сопровождаетъ органическія заболѣванія мозга (общій параличъ, старческое слабоуміе), часто имѣется на-лицо и при вторичныхъ состояніяхъ слабоумія, но встрѣчается и при чисто функціональныхъ психозахъ, особенно при меланхоліи. Оно выражается тѣмъ, что проходитъ нѣкоторое время, прежде чѣмъ данное зрительное, слуховое или иное впечатлѣніе дойдетъ до сознанія, идентифицируется.

Гипэстезія и анэстезія чувства зрѣнія находятъ себѣ выраженіе въ жалобахъ на то, что все темно, сумеречно, что больные не могутъ хорошо видѣть людей, дома, что предметы эти кажутся имъ какъ бы чуждыми, странными. Наивысшую степень анэстезіи представляетъ собою психическая слѣпота, при которой утрачивается способность идентифицировать видѣнное съ предшествующими подобными же зрительными впечатлѣніями, т. е. способность узнаванія.

Въ сферѣ слуха возникаютъ подобныя же явленія, могущія доходить до психической глухоты. Въ областяхъ обонянія и вкуса встрѣчается аносмія (anosmia) или агейзія (ageusia), которыя, при слабоуміи (dementia), при прогрессивномъ параличѣ и пр., дѣлаютъ возможнымъ соприкосновеніе съ самыми противными вещами и даже проглатываніе ихъ.

Въ кожныхъ ощущеніяхъ анэстезія проявляется утратой чувства соприкосновенія и термической чувствительности (нечувствительность слабоумныхъ, маніакально возбужденныхъ и паралитиковъ по отношенію къ холоду и къ теплу).

Въ кинэстетическихъ ощущеніяхъ анэстезія проявляется преимущественно утратой чувства утомленія (состоянія возбужденія, манія, общій параличъ).

Съ исчезновеніемъ внутренностныхъ ощущеній связывается представленіе о смерти отдѣльныхъ членовъ или всего тѣла и пр.

Длительная, зачастую прогрессивная гипэстезія или анэстезія чувственныхъ центровъ сопровождаетъ разныя формы органическаго слабо-

умія, но преходящія разстройства чувствительности этого рода могутъ появляться (въ перемежку или же одновременно съ гиперэстезіей тѣхъ или иныхъ чувственныхъ центровъ) при истерическихъ или эпилептическихъ психозахъ и при меланхоліи. Гипэстезія и анэстезія встрѣчаются часто и при состояніяхъ затемнѣнія сознанія.

Такъ какъ для воспроизведенія впечатлѣній чувственныхъ центровъ требуется извѣстная интенсивность возбужденія, то понятно, что чувственныя впечатлѣнія, получаемыя при наличности гипэстезіи или анэстезіи, не воспроизводимы.

Больные теряютъ памятливость (Merkfähigkeit — *Wernicke*), т. е. способность запоминанія, и лишаются такимъ образомъ возможности накопленія въ памяти новыхъ образовъ, а слѣдовательно, и выработки новыхъ представленій. Они не могутъ воспроизвести только что случившагося (при старческомъ слабоуміи и въ позднѣйшихъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича).

II. Разстройства мышленія.

Ассоціація представленій можетъ претерпѣвать слѣдующія болѣзненныя измѣненія:

1. Извѣстныя представленія могутъ выступать съ особенной силой или же тотъ или иной ассоціаціонный законъ можетъ получить преобладаніе надъ остальными—*принудительныя, навязчивыя представленія* (Zwangsvorstellungen).

2. Возникаетъ чрезмѣрное усиленіе скорости ассоціаціи представленій.

3. Связываются между собою представленія, которыя, по закону нормальной ассоціаціи идей, не должны соединяться другъ съ другомъ—разстройства координаціи, ассоціацій, *бредовыя представленія* (Wahnvorstellungen).

4. Процессъ ассоціаціи происходитъ слишкомъ медленно или недостаточно интенсивно.

1. Насильственныя, принудительныя или навязчивыя представленія (Zwangsvorstellungen, obsessions).

О нихъ будетъ рѣчь въ спеціальной патологіи душевныхъ болѣзней при описаніи зачаточной паранои (paranoia rudimentaria).

2. Болѣзненное ускореніе ассоціаціи представленій.

До сихъ поръ опытныя изслѣдованія надъ душевно-больными дали противорѣчивые результаты относительно быстроты ассоціаціонныхъ процессовъ; *Марія Валицкая* нашла у маніакальныхъ субъектовъ половину или треть обычной ихъ скорости, а *Kraepelin* констатировалъ какъ-разъ обратное при тѣхъ же психическихъ состояніяхъ. Если мы припомнимъ, что въ нормальныхъ условіяхъ валовое „ассоціаціонное время“, т. е. промежутокъ между произнесеніемъ слова, служащаго воз-

будителемъ, и произнесеніемъ ассоціированнаго слова, соотвѣтствуетъ 0,5 — 1,0 секундѣ (или нѣсколько болѣе), то клиническія наблюденія—въ особенности тотъ фактъ, что больные, о которыхъ рѣчь, могутъ живо воспроизводить и ассоціировать запечатлѣнные въ памяти образы, которые въ здоровомъ состояніи для нихъ затемнены — говорятъ въ пользу повышенной ассоціаціонной дѣятельности при упомянутыхъ психическихъ разстройствахъ.

Ускореніе этого процесса, могущее усилиться до настоящей скачки мыслей (Ideenflucht), составляетъ существенный симптомъ маніи (см. соотвѣтственную главу). Это явленіе, въ связи съ повышенной возбудимостью и съ возбужденіемъ психомоторныхъ центровъ, и есть сущность маніакальнаго неистовства (manische Tobsucht).

Такія состоянія ускоренія хода представленій, маніакальнаго возбужденія, могутъ возникать интеркуррирующимъ образомъ при самыхъ различныхъ психозахъ; они нерѣдко составляютъ фазисы даннаго психоза, какъ это наблюдается въ циркулярномъ помѣшательствѣ, въ теченіе кататоническаго симптомокомплекса, при прогрессивномъ параличѣ, при истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ.

Наконецъ, нѣкоторые психозы, обусловленные отравленіемъ, протекаютъ при картинѣ маніакальнаго неистовства (алкогольная интоксикація и др.).

3. Бредовыя представленія [1]).

Именемъ бредовыхъ представленій (Wahnvorstellungen) обозначаютъ сужденія и заключенія, возникающія подъ вліяніемъ болѣзненно измѣненной ассоціаціи идей, при участіи и съ вовлеченіемъ въ нихъ индивидуальнаго *я*, и притомъ такія, которыхъ больной не признаетъ болѣзненными и которыя не могутъ быть исправлены противоположными доводами.

Содержаніе этихъ бредовыхъ представленій различествуетъ, смотря по возрасту и полу, по степени образованія и спеціальному положенію, по стремленіямъ больного, по измѣненіямъ общественныхъ, религіозныхъ и политическихъ условій.

Но какъ ни различны бываютъ самая форма и самый способъ, которыми проявляются бредовыя представленія, можно однако—на что было обращено вниманіе уже *Гризингеромъ* — различать въ нихъ извѣстнаго рода первобытные элементы (Primordialdelirien).

а) *Экспансивныя бредовыя представленія* (*delirium manicum*).

Низшія степени самоперецѣниванія (Selbstüberschützung), въ томъ дѣтскомъ видѣ, въ которомъ онѣ проявляются у слабоумныхъ отъ рожденія или при пріобрѣтенномъ слабоуміи (dementia), сопровождаясь аффектами у ипоманіаковъ (Hypomanische), развиваются въ бредъ величія

---

[1]) *Friedmann*, Ueber den Wahn. Wiesbaden 1894.

(megalomania) при состояніяхъ маніакальнаго возбужденія, и этотъ бредъ величія становится особенно яркимъ при прогрессивномъ параличѣ.

Бредъ величія можетъ относиться къ различнаго рода представленіямъ:

1. Къ общественному положенію больного, мнящему себя министромъ, фельдмаршаломъ, императоромъ — „императоромъ Лустгартена". извѣстнаго гулянья въ Берлинѣ — властителемъ вселенной, Христомъ, Богомъ, „сверхъ-богомъ". Онъ владѣетъ 4000 омнибусовъ и 20.000 извощичьихъ дрожекъ, обладаетъ всевозможными орденами; у него милліоны, несмѣтные милліарды. Женщины хвастаются нарядами и драгоцѣнностями, онѣ—коронныя принцессы, міровыя принцессы, императрицы.

2. Къ умственнымъ его свойствамъ. Больной понимаетъ и говоритъ на всѣхъ языкахъ; онъ сдѣлалъ величайшія открытія (perpetuum mobile), строитъ желѣзную дорогу на луну; онъ наивеличайшій ученый.

3. Къ тѣлеснымъ его способностямъ. Больной одаренъ особенными тѣлесными прелестями, подымаетъ 1000 центнеровъ однимъ мизинцемъ; у него половой членъ въ три метра длины; каждую минуту отъ него получаетъ зачатіе новый ребенокъ. Женщины имѣютъ по 500 дѣтей и мнятъ себя беременными, хотя давно уже переступили за климактерическій возрастъ.

У прогрессивныхъ паралитиковъ идеи величія царятъ часто во всѣхъ направленіяхъ; въ самой формѣ и способѣ проявленія онѣ уже обнаруживаютъ слабоуміе. При маніи онѣ обыкновенно держатся въ извѣстныхъ предѣлахъ.

При истерическихъ психозахъ бредовыя представленія величія часто принимаютъ эротическое направленіе. Больная утверждаетъ, что въ нее влюбляются высокопоставленныя лица. Иногда бредъ принимаетъ религіозный характеръ. При алкогольныхъ и эпилептическихъ психозахъ тоже часто затрогивается религіозная сфера („сподобленіе милости Божіей", „пророки"). При параноѣ развиваются идеи величія въ самыхъ различныхъ направленіяхъ. Здѣсь онѣ вначалѣ кажутся логически построенными при сознательности больного; чаще всего онѣ бываютъ вторичными (см. параною). Преходящимъ образомъ и въ измѣнчивой формѣ бредъ величія появляется и при галлюцинаторномъ бредѣ и, въ болѣе умѣренной степени, въ маніакальномъ періодѣ циркулярнаго помѣшательства.

b) *Бредовыя представленія съ характеромъ подавленности (depressive Wahnvorstellungen).*

1. Меланхолическія бредовыя представленія.

Они возникаютъ на почвѣ подавленнаго настроенія и страха.

Больной думаетъ, что не исполнилъ долга своего по отношенію къ Богу и къ людямъ въ обычной своей сферѣ дѣятельности; онъ согрѣшилъ (*бредъ прегрѣшенія*), совершилъ клятвопреступленіе, предалъ свое

отечество, укралъ, нарушилъ бракъ, изъ-за чего не только на томъ свѣтѣ, но и въ земной жизни онъ долженъ будетъ терпѣть ужасныя наказанія. Все зло въ мірѣ исходитъ отъ него; кто съ нимъ имѣетъ дѣло—предается проклятію; уже своими испареніями и даже рѣчами онъ всѣхъ повергаетъ въ погибель (delirium divergens).

Когда эти бредовыя представленія достигаютъ крайнихъ предѣловъ въ направленіи обратномъ яркому бреду величія („я буду подвергнутъ 1000 годамъ каторжныхъ работъ“, „я погубилъ милліоны людей“), то такое явленіе принято называть *микроманіей*.

Нѣкоторыя фактическія событія въ жизни больного, даже все его прошлое („вся моя жизнь была скопищемъ грѣховъ“), перерабатываются имъ въ смыслѣ его меланхолическаго бреда. Больные не изсякаютъ въ самообвиненіяхъ.

Логическимъ послѣдствіемъ этого является развитіе бреда преслѣдованія.

Сначала больной усматриваетъ во взглядахъ городовыхъ, въ ихъ движеніяхъ, кажущихся ему странными, въ случайномъ отплевываніи или въ отворачиваніи отъ него прохожихъ на улицѣ (бредъ придаванія всему особаго значенія по отношенію къ себѣ — Beachtungswahn, Beziehungswahn—порождаемый иллюзіями и ложными толкованіями) указанія на то, что его постыдные поступки извѣстны. Позже онъ убѣждается, что полиція слѣдитъ за нимъ, преслѣдуетъ его (эту роль играли въ древности фуріи, въ средніе вѣка—вѣдьмы); что его сейчасъ арестуютъ, закуютъ въ кандалы.

Діаволъ овладѣваетъ больными (daemonomelancholia), ждущими надъ собой Высшаго Суда.

Они боятся кары и, однако, она кажется имъ справедливой — до такой степени они чувствуютъ себя преступными.

2. Ипохондрически-меланхолическія бредовыя представленія.

Самообвиненіе, бредъ грѣховности связаны съ состояніемъ тѣла больного и обыкновенно сопровождаются галлюцинаціями и иллюзіями въ области внутренностныхъ ощущеній.

Вначалѣ часто показывается бредъ придаванія всему особаго значенія: прохожіе на улицѣ по внѣшнему виду больного узнаютъ, что онъ занимается онанизмомъ; они показываютъ на лицѣ его прыщикъ, служащій доказательствомъ сифилиса. Они говорятъ, что онанизмъ или сифилисъ (дѣйствительно существующій или же мнимый) разрушили весь организмъ и умственныя способности больного: „я сгнію заживо“, „яички, половой членъ у меня засохли“.

Въ другихъ случаяхъ больные смотрятъ на измѣненія, происшедшія въ ихъ тѣлѣ, какъ на справедливое Божіе наказаніе за совершенные ими грѣхи, какъ на дѣйствіе ядовъ, данныхъ имъ въ кушаньяхъ или инымъ путемъ за ихъ преступленія.

И здѣсь возникаетъ нерѣдко боязливый delirium divergens: больные тщательно избѣгаютъ всякаго соприкосновенія съ другими людьми, не хотятъ сѣсть на стулъ или на ватерклозетный стольчакъ, чтобы не заразить другихъ, не погубить ихъ.

При крайнихъ степеняхъ этого ипохондрическаго бреда, сопровождающагося галлюцинаціями разныхъ органовъ чувствъ, дѣло обыкновенно доходитъ до бреда превращенія, метаморфоза. Больные мнятъ себя превращенными Божіей карой въ собаку (kynanthropia), въ волка (lykanthropia) и т. п. Этотъ родъ бредовыхъ представленій, въ противоположность тому, что было въ средніе вѣка, въ наше время наблюдается крайне рѣдко.

Ипохондрически-меланхолическій бредъ встрѣчается — помимо меланхоліи, гдѣ онъ проявляется въ наиболѣе чистой своей формѣ—преходящимъ образомъ и при галлюцинаторномъ бредѣ, далѣе при эпилептическихъ психозахъ, рѣже при интоксикаціонныхъ психозахъ, особенно у алкоголиковъ; его находятъ также нерѣдко въ стадіи подавленности прогрессивнаго паралича.

Оба рода бредовыхъ представленій съ характеромъ подавленности соединяются другъ съ другомъ въ картинѣ болѣзни общей меланхоліи (melancholia generalis). При наличности очень сильныхъ устрашающихъ галлюцинацій зрѣнія и слуха, они ведутъ иногда къ симптомокомплексу оцѣпенѣнія, ступора (боязливый ступоръ).

c) *Бредъ преслѣдованія у параноиковъ.*

Въ начальномъ періодѣ и въ наиболѣе слабой своей формѣ онъ выражается тѣмъ придаваніемъ всему особаго значенія (Beachtungswahnvorstellungen—*Neisser*), тѣмъ отношеніемъ всего къ самому себѣ (Beziehungswahnvorstellungen), о которыхъ было сказано выше. Происходящему вокругъ, въ домѣ и на улицѣ, напечатанному въ газетахъ и т. п., прямо, безъ участія всякаго посредствующаго звена, приписывается особое отношеніе къ себѣ и притомъ всегда съ характеромъ вредоносности, обидности (delirium convergens). Вспомогательнымъ элементомъ для расширенія и укрѣпленія этого бреда служитъ аффектъ напряженнаго ожиданія (*Linke*), обыкновенно сопутствующій бредовымъ представленіямъ этого рода, особенно въ началѣ заболѣванія. Такое ожиданіе чего-то „долженствующаго случиться“ дѣлаетъ больныхъ безпокойными, взволнованными, недовѣрчивыми.

Обостренію и дальнѣйшему развитію этого состоянія часто содѣйствуютъ иллюзіи и галлюцинаціи.

Постепенно происходитъ извращенное истолкованіе прошлаго, согласно господствующимъ въ данную минуту бредовымъ представленіямъ.

Изъ такого состоянія подозрительности и ожиданія (Beachtungswahn и Beziehungswahn) съ теченіемъ времени развивается бредъ преслѣдованія паранои.

Дотолѣ лишь недовѣрчивый и сомнѣвающійся больной постепенно убѣж-

дается въ томъ, что онъ жертва преслѣдованій. При этомъ, въ противоположность бреду преслѣдованія самообвиняющихся меланхоликовъ, параноикъ считаетъ себя невинной жертвой своихъ преслѣдователей. Страданія, пріуготовляемыя ему, являются уже не наказаніемъ за совершенные проступки и грѣхи; они вызваны ложными обвиненіями, завистью и злобой враговъ, а также, можетъ быть, тѣмъ, что враги сами желаютъ избѣгнуть наказанія.

Враги эти то отдѣльныя, опредѣленныя личности, то группы, партіи (соціаль-демократы, анархисты, франмасоны и пр.), то агенты полиціи, министра, монарха и пр.

Изъ такого придаванія своей личности особеннаго значенія—такъ какъ для борьбы съ нею прибѣгаютъ къ столь необычнымъ средствамъ—у больного развивается состояніе самоперецѣниванія, самовозвышенія, ведущее въ концѣ концовъ къ бреду величія. Ему вредятъ, его запираютъ, хотятъ его уничтожить духовно, заставитъ молчать или даже погубить только для того, чтобы помѣшать ему занять въ обществѣ, въ государствѣ, въ церкви то положеніе, которое принадлежитъ ему по рожденію, по способностямъ, по присущему ему божественному вдохновенію.

Различныя бредовыя представленія приводятся тутъ въ цѣлую систему.

Встрѣчается также сочетаніе бредовыхъ идей съ характеромъ подавленности и самообвиненія съ бредовыми представленіями паранои, что выражается приблизительно слѣдующимъ образомъ:

«Хотя иногда я и не поступалъ какъ должно, но жестокость и продолжительность наказаній, которымъ я подвергаюсь отъ преслѣдователей моихъ, не соотвѣтствуетъ моей незначительной, уже давно искупленной винѣ».

Бредовыя представленія паранои встрѣчаются, помимо паранои, особенно при врожденномъ слабоуміи (imbecilitas), при истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ, при разнаго рода интоксикаціонныхъ психозахъ, особенно же у алкоголиковъ, при прогрессивномъ параличѣ и при старческомъ слабоуміи.

Нерѣдко, хотя и преходящимъ образомъ и по большей части въ болѣе слабой формѣ бреда подозрительности, подобныя явленія наблюдаются у наслѣдственныхъ психопатовъ, особенно въ періоды достиженія половой зрѣлости и въ климактерическомъ періодѣ, причемъ дѣло обыкновенно не доходитъ до настоящаго психоза.

Здѣсь, въ виду его практическаго интереса, слѣдуетъ упомянуть еще объ особой формѣ бредовыхъ представленій паранои—о ревнивомъ бредѣ или бредѣ ревности (Eifersuchtswahn) [1]).

Одинъ изъ супруговъ замѣчаетъ, что другой обмѣнивается любовными взглядами съ домашнимъ персоналомъ и съ прохожими; на улицѣ, въ театрѣ, въ вагонѣ желѣзной дороги всегда появляется одна и та же личность, всюду слѣдующая за возлюбленнымъ или возлюбленной; въ газетахъ печа-

---

1) *Villers*, Le délire de la jalousie. Bruxelles 1899.—*Schüller*, Eifersuchtwahn bei Frauen, Jahrb. f. Psych. 1901.

таются шифрованные адреса. Иллюзіи и галлюцинаціи вкуса, обонянія, въ сферѣ внутренностныхъ ощущеній (опасеніе быть отравленнымъ и т. п.) могутъ дѣйствовать тутъ въ качествѣ вспомогательныхъ и усиливающихъ факторовъ.

Само собою разумѣется, что дѣйствительное уклоненіе одного изъ супруговъ отъ исполненія супружескихъ обязанностей (какъ это имѣетъ мѣсто у женщинъ по отношенію къ мужьямъ алкоголикамъ, паралитикамъ или ставшимъ вообще для нихъ противными вслѣдствіе душевной болѣзни) только питаетъ и усиливаетъ бредъ ревности.

При извѣстныхъ обстоятельствахъ ревность можетъ быть, конечно, нелишенной основанія, и тѣмъ не менѣе здѣсь приходится принять существованіе бреда ревности, если ревнивыя представленія развились до такой степени, что овладѣли всѣмъ содержаніемъ сознанія, что всѣ событія толкуются въ ихъ смыслѣ, порождая ничѣмъ не подавляемые насильственные поступки по отношенію къ подозрѣваемому лицу.

Бредъ ревности встрѣчается у мужчинъ, помимо паранои, особенно часто у алкоголиковъ и при другихъ хроническихъ интоксикаціонныхъ психозахъ (кокаиноманы, діабетики), далѣе у слабоумныхъ, у паралитиковъ—особенно въ начальномъ періодѣ болѣзни—при dementia senilis, иногда при психозахъ послѣ апоплектическихъ инсультовъ. У женщинъ, помимо перечисленныхъ состояній, бредъ ревности наблюдается въ истерическихъ и алкогольныхъ психозахъ, въ климактерическомъ періодѣ (причемъ вспомогательнымъ факторомъ служитъ сознаніе утраты физической красоты) и въ періодъ кормленія грудью.

Бредъ преслѣдованія у параноиковъ становится нерѣдко исходной точкой извѣстнаго рода поступковъ: преслѣдуемые дѣлаются преслѣдователями своихъ мнимыхъ враговъ (persécutés persécuteurs).

Особенно частый примѣръ тому представляютъ собою такъ называемые сутяги (Querulanten). Считая себя несправедливо обиженными распоряженіями полиціи или судебными приговорами, они становятся неутомимыми поборниками, словомъ и перомъ, своихъ мнимыхъ правъ.

Этого рода болѣзненныя представленія—т. е. убѣжденіе въ нарушеніи своихъ правъ несправедливымъ примѣненіемъ гражданскихъ или уголовныхъ законовъ—и выростающее изъ такого бреда сутяжничество—встрѣчаются, помимо паранои, у слабоумныхъ отъ рожденія, а также иногда въ начальныхъ стадіяхъ старческаго слабоумія; далѣе—у алкоголиковъ, эпилептиковъ и морфиномановъ.

Слѣдуетъ, впрочемъ, замѣтить, что не всякій сутяга непремѣнно душевно-больной.

На почвѣ бредовыхъ представленій съ характеромъ подавленности у параноиковъ возникаетъ иногда

d) *Бредъ отрицанія* (*Délire des négations—Cotard*'а).

Бредовыя представленія отрицанія могутъ относиться къ собственной личности больного или къ внѣшнему міру.

1. Въ первомъ случаѣ больные утверждаютъ, напримѣръ, слѣдующее: «Я болѣе не человѣкъ; у меня нѣтъ сердца, нѣтъ половыхъ частей, потому что я прогнѣвилъ Бога (меланхолическій бредъ прегрѣшенія), потому что я разорился отъ мотовства (меланхолически-ипохондрическая форма), потому что враги мои меня отравили, разрушили меня помощью электричества», и т. п. (параноя). „У меня не будетъ больше испражненій, такъ какъ задній проходъ заложенъ камнемъ“. Послѣднее утвержденіе встрѣчается при самыхъ разнообразныхъ формахъ душевнаго разстройства.

Ипохондрикъ имѣетъ лишь зрительное представленіе объ этомъ камнѣ, препятствующемъ испражненію, но у меланхолика существуютъ галлюцинаціи внутренностныхъ ощущеній, вызывающія впечатлѣніе присутствія камня, который и является наказаніемъ за совершенные грѣхи (чисто меланхолическая форма) или послѣдствіемъ безпутной жизни (меланхолически-ипохондрическая форма). Параноикъ разсматриваетъ камень какъ результатъ отравленій, которымъ онъ подвергается. Ипохондрическій паралитикъ иногда утверждаетъ, что камень, препятствующій испражненію, состоитъ изъ мрамора (сочетаніе съ идеями величія).

2. Во второмъ случаѣ, т. е. когда представленія отрицанія относятся къ внѣшнему міру, можно слышать утвержденія вродѣ слѣдующихъ: „Нѣтъ Бога, нѣтъ солнца“. „Нѣтъ воды, нѣтъ денегъ, нѣтъ болѣе пищи“. „Не существуетъ улицъ, домовъ; все умерло“. При этомъ, въ особенности въ случаѣ присоединенія религіозныхъ бредовыхъ идей съ характеромъ подавленности, возникаютъ представленія о томъ, что больной, въ качествѣ единственно выжившаго существа, никто иной какъ „вѣчный жидъ“.

Бредъ отрицанія встрѣчается при меланхоліи и параноѣ, также при прогрессивномъ параличѣ, рѣже при галлюцинаторномъ помѣшательствѣ и при старческомъ слабоуміи.

Бредъ этотъ вызываетъ нерѣдко соотвѣтственные поступки или мѣры защиты, проявляющіеся главнымъ образомъ всеотрицаніемъ (Negativismus), оппозиціей всему (folie d'opposition—*Guislain*'а), отказомъ отъ пищи и пр.

Переходомъ къ бреду отрицанія являются нерѣдко бредовыя представленія о всеобщемъ измѣненіи, извращеніи (delirium metabolicum) [1]).

„Все поддѣльно“, „все ложь“, „число мѣсяца поддѣлано“, „кругомъ не паціенты, а люди, которымъ поручено наблюдать за мною“; „меня подмѣнили“, „имя, которымъ меня называютъ, не настоящее мое имя“.

И здѣсь надобно также различать между происхожденіемъ бреда на почвѣ меланхоліи или паранои. Впрочемъ, эти бредовыя представленія особенно присущи психозамъ, принадлежащимъ къ группѣ паранои.

Противоположностью только что упомянутымъ разстройствамъ является бредъ узнаванія (delirium palingnosticum).

Больному кажется, что въ окружающихъ его людяхъ, напр. въ домѣ для умалишенныхъ, въ который его только что помѣстили, онъ узнаетъ

---

[1]) Отъ μεταβάλλω, выворачивать на изнанку, измѣнять, превращать, извращать.

старыхъ знакомыхъ или лицъ, извѣстныхъ ему по описаніямъ или портретамъ.

У маніаковъ такое узнаваніе обусловливается тѣмъ, что, при недостаточномъ сосредоточиваніи вниманія, одинъ какой-нибудь признакъ, напр. присутствіе бородавки или форма бороды, а также зрительныя иллюзіи, заставляютъ больного принимать данное лицо за знакомаго и притомъ по-большей части въ направленіи идей величія. При прогрессивномъ параличѣ и при старческомъ слабоуміи существенную роль въ такомъ мнимомъ узнаваніи играетъ разстройство самаго процесса воспроизведенія: воспроизводимый образъ, сравниваемый съ даннымъ впечатлѣніемъ органовъ чувствъ, такъ неясенъ, что легко происходятъ ложныя отождествленія.

У параноиковъ эта форма бредовыхъ представленій отличается тѣмъ, что отождествленіе (при участіи или безъ участія галлюцинацій) происходитъ въ соотвѣтствіи съ преобладающей системой бредовыхъ идей: больной усматриваетъ въ другихъ людяхъ своихъ преслѣдователей или ихъ руководителей, или же, въ случаѣ бреда величія, выдающихся личностей, желающихъ быть по близости отъ него, служить ему.

При наивысшихъ степеняхъ этого бреда больной, на основаніи моментальнаго извращенія впечатлѣній, отождествляетъ данное положеніе съ другимъ, которое онъ уже раньше переживалъ. Отождествленіе это можетъ зависѣть отъ ошибочнаго воспроизведенія (обманъ памяти).

Подобныя состоянія встрѣчаются особенно часто при алкогольныхъ и эпилептическихъ психозахъ.

Описанныя бредовыя представленія могутъ сочетаться другъ съ другомъ самымъ разнообразнымъ образомъ (сочетанныя бредовыя представленія). Изъ этого сочетанія можетъ развиться опредѣленная система (систематизированныя бредовыя представленія), которой подчинены отдѣльныя бредовыя идеи и согласно которой толкуются, извращаются объективно-истинныя событія. Далѣе, бредовыя представленія могутъ измѣняться по своему содержанію и сопровождаться или не сопровождаться галлюцинаціями или иллюзіями.

Часто, особенно въ формахъ, характеризующихся подавленностью, бредовыя представленія становятся монотонными, постоянно повторяясь все въ томъ же видѣ, все съ тѣмъ же ограниченнымъ содержаніемъ.

При переходѣ болѣзни какъ въ выздоровленіе, такъ и въ послѣдовательное слабоуміе, бредовыя представленія блѣднѣютъ; если впослѣдствіи они и начинаютъ снова сопровождаться особеннымъ возбужденіемъ чувствъ, то все же они не могутъ болѣе оказывать вліяніе на поступки больного.

Наоборотъ, бредовыя представленія при затемнѣніи сознанія, особенно при такъ называемыхъ сумеречныхъ состояніяхъ (Dämmerzustände), при участіи галлюцинацій или безъ нихъ, могутъ оказывать значительное вліяніе на поступки (алкогольныя, истерическія, эпилептическія сумеречныя состоянія); но и безъ этихъ разстройствъ сознанія они могутъ значительно усиливаться въ аффектѣ, въ состояніи страха, содѣйствуя такимъ образомъ

совершенію соотвѣтствующихъ системѣ бредовыхъ идей поступковъ (напр. самоубійству).

Иногда, послѣ возвращенія къ нормѣ всѣхъ другихъ психическихъ функцій, продолжаютъ держаться нѣкоторыя очень ограниченныя, поблѣднѣвшія бредовыя представленія (остаточный бредъ, residuäre Wahnvorstellung)—явленіе, аналогичное такъ называемымъ остаточнымъ галлюцинаціямъ (residuäre Hallucinationen).

Такія остаточныя бредовыя представленія возникаютъ почти только тогда, когда больного спрашиваютъ о нихъ, причемъ отъ него получаются отвѣты вродѣ слѣдующихъ: „все-же было что-то“, „не все-же было воображеніемъ“ и т. п. При этомъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ нормальное сознаніе способно задержать внутреннее безпокойство и подавить въ зародышѣ поступокъ, могущій возникнуть подъ вліяніемъ остаточныхъ бредовыхъ представленій. Послѣднія можно сравнить съ рубцомъ, не мѣшающимъ отправленію члена.

Остаточныя бредовыя представленія не надобно смѣшивать съ такъ называемой idea fixa. Прежде принимали, что душевное разстройство можетъ сводиться къ существованію одной ideae fixae, одного постояннаго, неизмѣннаго представленія. Отчасти на такомъ предположеніи и было основано ученіе о мономаніяхъ. Но уже *Esquirol* сказалъ о такого рода больныхъ: „если бы субъекты эти не были помѣшанными, они не были бы мономанами“ (si ces individus n'étaient pas fous, ils ne seraient pas des monomanes).

И дѣйствительно, у человѣка, который имѣлъ бы одну единственную бредовую идею, нормальное во всемъ остальномъ содержаніе представленій было бы въ состояніи исправить бредовую идею или по крайней мѣрѣ задержать ее, подобно тому какъ это наблюдается при остаточныхъ бредовыхъ представленіяхъ.

Болѣе точное изслѣдованіе и наблюденіе случаевъ, о которыхъ рѣчь, показываетъ на самомъ дѣлѣ, что тамъ, гдѣ, на первый взглядъ, видно одно единственное бредовое представленіе, можно бываетъ открыть и цѣлый рядъ другихъ. Первоначальное впечатлѣніе единственности данной бредовой идеи обусловливается тѣмъ, что послѣдняя выступаетъ съ особенной силой.

Какова сущность физіо-патологическаго процесса, вызывающаго бредовое представленіе? Это намъ настолько же неизвѣстно, какъ неизвѣстна сущность физіологическаго процесса, порождающаго нормальное представленіе

Что же касается особой окраски и самаго содержанія бредовыхъ представленій, то, помимо вышеупомянутыхъ общихъ условій, они могутъ опредѣляться слѣдующими причинами:

а) Попытками объясненія имѣющагося на-лицо болѣзненнаго настроенія. Чувство подъема духа, удовольствія, сопровождающее ускореніе хода представленій при маніакальныхъ состояніяхъ, даетъ содержаніе экспансивнымъ бредовымъ идеямъ. Наоборотъ, задержка хода представленій, сопро-

вождающая, вмѣстѣ съ психической болью, меланхолическія состоянія, придаетъ характеръ подавленности соотвѣтственнымъ бредовымъ идеямъ. Наконецъ, у параноика впечатлѣнія внѣшняго міра, принимающія непосредственно, первично характеръ подавленности и враждебности по отношенію къ самому больному, накладываютъ особую печать на бредъ преслѣдованія.

b) Рѣшающее значеніе для содержанія бредовыхъ представленій могутъ иногда имѣть событія, предшествовавшія началу болѣзни и еще чаще — событія, случившіяся въ самомъ началѣ болѣзни.

(Вскорѣ послѣ открытія въ Берлинѣ памятниковъ Гёте и Лессингу, автору довелось наблюдать параноиковъ, начавшихъ вдругъ принимать себя за этихъ великихъ писателей).

c) На спеціальное содержаніе бредовыхъ представленій могутъ, наконецъ, вліять галлюцинаціи, сновидѣнія, а также и нѣкоторыя ощущенія.

Уже *Griesinger* говорилъ о „сопутствующихъ представленіяхъ“ (Mitvorstellungen) при невральгіяхъ, *Schüle* — о „мѣстныхъ знакахъ“ при локализаціи невральгій. О значительномъ участіи иллюзій и галлюцинацій внутренностныхъ ощущеній при образованіи бредовыхъ представленій было сказано выше.

Распознаваніе. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ нелѣпость содержанія представленій уже сразу позволяетъ постановить діагностику бреда.

Въ иныхъ случаяхъ слѣдуетъ, при распознаваніи, принимать во вниманіе слѣдующіе пункты:

Данное представленіе можетъ быть вѣрнымъ по своему содержанію и все же носить бредовой характеръ.

Больной сообщаетъ, напримѣръ, что сегодня происходитъ землетрясеніе въ Италіи. На слѣдующій день газеты подтверждаютъ сказанное имъ— и тѣмъ не менѣе это, повидимому, вѣрное утвержденіе является результатомъ бредового представленія: дѣйствительно, на вопросъ, откуда онъ узналъ это, больной отвѣчаетъ, что онъ замѣтилъ землетрясеніе по колебаніямъ своего живота или что «голосъ» сообщилъ ему о томъ.

Ложное по своему содержанію представленіе не есть непремѣнно бредовое представленіе.

Многіе здоровые люди вѣрятъ въ существованіе діаволовъ во плоти— этому ложному представленію ихъ научаютъ. Демономанъ, сначала не имѣвшій, можетъ быть, такого вѣрованія, убѣждается въ плотскомъ существованіи діавола, когда послѣдній начинаетъ говорить въ его мозгѣ или животѣ.

Изъ опредѣленія бредовыхъ представленій и приведенныхъ примѣровъ явствуетъ, что рѣшеніе вопроса о томъ, имѣетъ-ли данное представленіе бредовой характеръ или нѣтъ—зависитъ главнымъ образомъ отъ генезиса представленія. При бредѣ происходитъ сочетаніе только что возникшаго или преобладающаго въ данный моментъ ощущенія съ другимъ представленіемъ, съ которымъ, при нормальномъ ходѣ процесса ассоціаціи, оно

сочетаться не должно: тутъ, стало быть, дѣло идетъ о разстройствѣ координаціи представленій. Законъ этотъ примѣнимъ, впрочемъ, только къ возникновенію бредовой идеи, въ дальнѣйшемъ же зачастую происходитъ слѣдующее: воспроизводимый памятью образъ вступаетъ въ сочетаніе съ получаемыми въ данный моментъ впечатлѣніями органовъ чувствъ, тоже наперекоръ закону нормальной ассоціаціи идей. Слѣдуетъ замѣтить, что это давнишнее представленіе, съ которымъ больной связываетъ настоящія свои впечатлѣнія, обыкновенно имѣетъ особенно важное значеніе, по крайней мѣрѣ для больного.

Примѣръ: больная, ранѣе много заботившаяся о своемъ духовномъ завѣщаніи, видитъ въ сосѣднемъ домѣ мужчину, берущаго въ руку свертокъ бумаги; у нея моментально приходитъ сочетаніе полученнаго впечатлѣнія съ воспроизведеніемъ представленія объ ея духовномъ завѣщаніи, и она приходитъ къ убѣжденію, что упомянутый мужчина знакомъ увѣдомляетъ ее о покражѣ этого завѣщанія.

Разъ удается опредѣлить первое проявленіе даннаго бредового представленія и его составныхъ частей, становится часто возможнымъ выяснить дальнѣйшее развитіе бреда. Путь, на который вступила аномалія координаціи представленій, становится все болѣе и болѣе торнымъ, такъ что, подъ конецъ, по немъ начинаютъ постепенно идти и другія, а порою и всѣ вообще представленія.

Изъ ассоціируемыхъ между собою представленій, одно по крайней мѣрѣ должно непремѣнно представлять для *я* особенно важное значеніе, чѣмъ и объясняется вовлеченіе *я* въ общее содержаніе бредовыхъ идей. Это вовлеченіе *я* и составляетъ характерный признакъ бредовыхъ представленій.

Хотя въ началѣ заболѣванія у больного часто являются сомнѣнія относительно фактической обоснованности овладѣвающихъ имъ болѣзненныхъ представленій и самъ онъ даже выражаетъ на этотъ счетъ сомнѣнія, но постепенно представленія эти становятся какъ бы принадлежностью духовнаго его *я* и, слѣдовательно, дѣлаются непоправимыми. Всѣ такъ называемые разумные доводы, приведеніе объективныхъ данныхъ, доказывающихъ фактическую невѣрность представленій, сужденій и заключеній больного—все это не въ состояніи поколебать больного, который при защитѣ своихъ идей обнаруживаетъ нерѣдко большую силу діалектики, если не ссылается на вмѣшательство сверхъестественныхъ силъ.

Эта непоправимость и придаетъ иногда бредовой характеръ представленіямъ, фактическое обоснованіе которыхъ вообще возможно или не подлежитъ опроверженію.

Здѣсь представленіе становится бредовымъ уже не качественно, но количественно.

Такъ, напримѣръ, кто-нибудь начинаетъ думать, что ему тѣмъ или другимъ путемъ нанесенъ ущербъ, оказана несправедливость, причемъ не удается констатировать, что этого фактически не было. Сказанное представленіе занимаетъ больного непрестанно, оттѣсняя все остальное на

задній планъ и всюду выступая наружу въ его словахъ и поступкахъ. Больной, хотя и терпитъ отъ собственнаго своего поведенія, но не хочетъ сдерживать себя по крайней мѣрѣ въ своихъ внѣшнихъ проявленіяхъ: чрезмѣрная интенсивность представленій дѣлаетъ ихъ бредовыми.

Таковъ нерѣдко генезисъ бреда сутяжничества.

Характерные признаки бредовыхъ представленій такимъ образомъ слѣдующіе:

1. Генезисъ путемъ сочетанія такихъ представленій, которыя не должны связываться между собой по закону нормальнаго хода ассоціаціи идей.

2. Вовлеченіе въ эти представленія *я* безъ надлежащихъ для того основаній.

3. Непоправимость, неопровержимость.

Распознаваніе должно опредѣлить — разъ существованіе бредовыхъ представленій твердо установлено—какимъ первичнымъ бредовымъ идеямъ они соотвѣтствуютъ въ частности, имѣется-ли дѣло съ сочетанными или систематизированными бредовыми представленіями.

Утаиваніе, диссимуляція бредовыхъ представленій обнаруживается по тѣмъ же, въ сущности, правиламъ, которыя примѣняются и при изслѣдованіи галлюцинацій.

Для подтвержденія діагностики служатъ поведеніе больного въ моменты, когда онъ считаетъ себя внѣ надзора врачей и сторожей, его писанія и задаваемые имъ многозначительные, иногда какъ бы брошенные вопросы. Порой важное діагностическое значеніе имѣютъ воззрѣнія и привычки больного до его заболѣванія.

Предсказаніе и *леченіе* бредовыхъ представленій зависятъ отъ формы данной душевной болѣзни, проявленіемъ которой служитъ бредъ. Неблагопріятными въ прогностическомъ отношеніи признаками слѣдуетъ считать яркій бредъ величія и систематизированныя бредовыя идеи. Леченіе сводится вообще къ тому, что уже было сказано по поводу галлюцинацій. Попытки „отговорить“ больного отъ его бредовыхъ представленій безполезны, часто вредны, такъ какъ только раздражаютъ больного и дѣлаютъ его недовѣрчивымъ по отношенію къ врачу.

4. Болѣзненное уменьшеніе быстроты и силы процесса ассоціаціи представленій.

Поскольку оно зависитъ отъ недостаточнаго развитія органовъ умственной дѣятельности, уменьшеніе это будетъ изложено при описаніи идіотизма.

Уменьшеніе быстроты ассоціаціи представленій выражается при меланхолическомъ помѣшательствѣ жалобами на скудость мыслей и медленностью, съ которою больной отвѣчаетъ на вопросы и совершаетъ разныя дѣйствія.

Замедленіе это встрѣчается при меланхоліи, по всей вѣроятности,

вслѣдствіе инстинктивной боязни мыслить, такъ какъ всякая психическая дѣятельность вызываетъ здѣсь боль: больной воздерживается отъ мышленія, подобно тому какъ субъектъ, страдающій невральгіей, старается держать въ полной неподвижности пораженный органъ. Далѣе, оно встрѣчается при разныхъ психозахъ, сопряженныхъ съ ослабленіемъ психической дѣятельности, при вторичномъ слабоуміи послѣ первичныхъ функціональныхъ душевныхъ разстройствъ, въ интоксикаціонныхъ психозахъ, въ особенности у алкоголиковъ, также при слизистомъ отекѣ (миксэдема), у эпилептиковъ, при органическомъ слабоуміи; въ послѣднемъ случаѣ оно особенно рѣзко выражено при опухоляхъ мозга и послѣ апоплектическихъ припадковъ.

Ослабленіе интенсивности процесса ассоціаціи представленій обнаруживается слѣдующими явленіями:

а) Утратой той, болѣе или менѣе значительной, акцентуаціи, которая свойственна представленіямъ при нормальныхъ условіяхъ. Всѣ представленія являются однозначащими, монотонными, что затрудняетъ ихъ выборъ. Разсказы больного принимаютъ характеръ чрезмѣрной обстоятельности, мѣшающей ему отличать существенное отъ несущественнаго и лишающей его всякой критики. Затруднительность возникновенія новыхъ ассоціацій обнаруживается иногда въ повтореніи одного и того же монотоннаго слова въ отвѣтъ на самые различные вопросы (perseveratio).

b) Частичной или полной утратой ранѣе пріобрѣтенныхъ понятій при неспособности къ образованію новыхъ понятій.

Прежде всего теряется способность образовать новыя понятія, потомъ утрачиваются недавно пріобрѣтенныя понятія, а также и тѣ, которыми больной пользовался рѣдко; дольше всего держатся привычныя представленія, идущія по торнымъ ассоціаціоннымъ путямъ. Сохраняются они благодаря не утраченной еще способности воспроизведенія ихъ. Къ нимъ относятся соблюденіе внѣшнихъ формъ у офицеровъ, соблюденіе обычныхъ правилъ при прописываніи рецептовъ у врачей, судебной формалистики у юристовъ и пр., что наблюдается даже въ позднѣйшихъ стадіяхъ душевнаго заболѣванія.

Блѣднѣютъ также и ранѣе существовавшіе обманы чувствъ и бредовыя идеи, которые, наконецъ, совершенно пропадаютъ или только изрѣдка всплываютъ вновь.

Эти признаки ослабленія или конечнаго угасанія умственной дѣятельности составляютъ главныя характеристическія особенности такъ называемой, умственной слабости (Schwachsinn—низшая степень) и форменнаго слабоумія (Blodsin—высшая степень). Послѣднее переходитъ въ концѣ концовъ въ полное уничтоженіе личности.

Умственная слабость, когда она соединяется съ нѣкоторымъ сознаніемъ своего болѣзненнаго состоянія, ведетъ иногда къ недостатку самоувѣренности, энергіи и рѣшимости, къ утратѣ воли (abulia), замѣчаемой у многихъ слабоумныхъ.

Въ преходящей формѣ такой неполный или же полный параличъ ассоціаціи представленій является признакомъ разстройства сознанія въ сумеречныхъ и ступорозныхъ состояніяхъ; далѣе онъ встрѣчается при остромъ слабоуміи (dementia acuta) и при апоплектиформныхъ или эпилептиформныхъ припадкахъ въ разнаго рода органическихъ душевныхъ болѣзняхъ.

III. Разстройства воспроизведенія представленій.

Мы способны воспроизводить чувственныя впечатлѣнія и представленія съ вытекающими изъ нихъ сужденіями и заключеніями, а также и общее содержаніе нашего сознанія въ данный моментъ. Это свойство нашего ума называется *„способностью припоминанія“* (Erinnerungsvermögen).

1. Болѣзненное усиленіе способности припоминанія. Hypermnesia.

Его наблюдаютъ прежде всего при маніи (см. эту болѣзнь). Оно заключается, съ одной стороны, въ ускореніи процессовъ ассоціаціи представленій, въ болѣе легкой воспроизводимости прошлыхъ впечатлѣній соотвѣтственно ускоренію ассоціаціонныхъ процессовъ, и, съ другой стороны, въ усиленіи интенсивности воспроизведенія смутныхъ, поблѣднѣвшихъ образовъ прошлаго.

Подобное же явленіе наблюдается при истерическихъ состояніяхъ и въ первыхъ стадіяхъ нѣкоторыхъ интоксикацій (алкоголь, морфій).

2. Искаженіе припоминаемыхъ представленій. Paramnesia.

Вѣрность припоминанія, т. е. соотвѣтствіе воспроизведеннаго памятью образа съ вызвавшимъ его впечатлѣніемъ, предполагаетъ наличность слѣдующихъ условій:

1. Полученное впечатлѣніе должно сопровождаться извѣстнымъ напряженіемъ вниманія и извѣстной нормальной окраской ощущенія, которыя и дѣлаютъ его воспроизводимымъ памятью. Эта воспроизводимость облегчается повтореніемъ того же впечатлѣнія; она ослабѣваетъ съ теченіемъ времени.

2. При сравненіи получаемаго впечатлѣнія съ бывшимъ ранѣе впечатлѣніемъ первое должно происходить нормальнымъ образомъ.

3. Должна быть на-лицо нормальная способность ассоціировать представленія, необходимыя для отождествленія настоящаго представленія съ прежнимъ.

При отсутствіи одного изъ этихъ условій можетъ получиться искаженіе припоминаемаго образа; искаженіе происходитъ и выражается различно:

1. Получается недостаточно ясное воспроизведеніе образа вслѣдствіе нарушенія вышеуказанныхъ условій правильнаго его воспріятія.

У здоровыхъ людей такія разстройства припоминанія возникаютъ отъ

состоянія „разсѣянности“ при воспріятіи извѣстнаго впечатлѣнія, которое недостаточно сильно запечатлѣвается въ памяти. У слабоумныхъ, особенно при прогрессивномъ параличѣ и при старческомъ слабоуміи, разстройства эти проявляются въ слѣдующемъ, напримѣръ, видѣ: вслѣдствіе ослабленія вниманія больной не запечатлѣваетъ сегодня въ достаточной степени образъ посѣтившаго его врача, котораго онъ завтра принимаетъ уже за одного изъ своихъ прежнихъ знакомыхъ.

Соотвѣтственно этому и припоминаемые выздоровѣвшимъ душевно-больнымъ образы изъ періода наивысшаго развитія его недуга (если они вообще сохраняются) оказываются зачастую искаженными; вполнѣ вѣрными они бываютъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, причемъ слѣдуетъ еще принимать во вниманіе разстройства чувственныхъ воспріятій подъ вліяніемъ галлюцинацій и бредовыхъ представленій.

2. Воспринимаемый въ данный моментъ образъ возникаетъ ненормальнымъ образомъ.

При недостаточномъ вниманіи, при быстрой смѣнѣ занимающихъ больного представленій воспріятіе образа мимолетно, такъ что несущественные элементы его могутъ обусловить ложное отождествленіе съ какимъ-нибудь хорошо сохранившимся въ памяти лицомъ.

3. Существуетъ болѣзненное разстройство ассоціаціи, необходимой для сравненія получаемаго впечатлѣнія съ прежде бывшимъ впечатлѣніемъ; или же воспроизводимые памятью образы и факты ассоціируются съ другими прошлыми или имѣющимися на-лицо представленіями, не связанными съ первыми ни фактически, ни по времени.

Изъ такихъ искаженій припоминаемаго чаще всего наблюдаются тѣ, при которыхъ въ процессъ припоминанія вмѣшиваются господствующія въ данный моментъ бредовыя представленія. Больной узнаетъ въ окружающихъ его людяхъ наивысшихъ сановниковъ государства по особымъ признакамъ на ихъ лицахъ или въ ихъ осанкѣ (при бредовыхъ идеяхъ величія) или отрицаетъ идентичность нѣкоторыхъ знакомыхъ ему лицъ при бредѣ преслѣдованія (см. delirium palingnosticum et metabolicum).

Нѣкоторые больные извращаютъ соотвѣтственно системѣ бредовыхъ представленій также и запечатлѣвшіяся въ ихъ памяти впечатлѣнія и событія (обратный ходъ образованія бреда, retroactive Wahnbildung— *Sommer*'а).

Больной вспоминаетъ, что уже въ молодости его отецъ многозначительными взглядами и жестами намекалъ ему, что онъ не его отецъ. „Недаромъ одно изъ первыхъ словъ, заданныхъ мнѣ для изученія французскихъ склоненій, было слово cochon“. Такія проявленія наблюдаются особенно часто при параноѣ, но они нерѣдки и при меланхоліи.

Нарушеніемъ способности припоминанія слѣдуетъ, далѣе, считать тотъ безпорядочный ходъ ассоціаціи представленій, при которомъ самымъ нелѣпымъ образомъ смѣшиваются другъ съ другомъ впечатлѣнія минуты и извращенія ихъ иллюзіями, сновидѣніями, бредовыми идеями и образами,

припоминаемыми изъ книгъ и газетъ, что побуждаетъ больного разсказывать самыя невѣроятныя, будто бы пережитыя имъ событія, удивительнѣйшія охотничьи приключенія или ужасающія повѣствованія о разбойникахъ (confabulationes, галлюцинаціи памяти—*Sully*).

Одновременно съ утратой памятливости, наблюдательности, при полномъ отсутствіи способности ориентироваться въ пространствѣ и времени, этотъ родъ парамнезій служитъ существеннымъ признакомъ психическаго разстройства при полинейритическомъ психозѣ *Корсакова* (см. описаніе этой болѣзни).

Хотя эти парамнезіи встрѣчаются по большей части только въ состояніяхъ затемнѣнія сознанія или при значительномъ ослабленіи умственныхъ способностей, не слѣдуетъ все же упускать изъ виду то обстоятельство, что сочиненіе и воспроизведеніе никогда не происходившихъ событій могутъ возникать на патологической почвѣ и при полномъ сохраненіи сознанія. Желанія и надежды, романтическое воображеніе, склонности и отвращенія сплетаются по большей части съ нѣкоторой долей дѣйствительныхъ событій въ одно цѣлое, долженствующее обыкновенно служить эгоистическимъ цѣлямъ (pseudologia phantastica, патологическіе лгуны и шарлатаны—*Delbrück*'а).

Послѣ повторныхъ, непрестанныхъ разсказовъ вымышленныхъ имъ исторій больной и самъ перестаетъ, наконецъ, сомнѣваться въ ихъ реальности, тѣмъ болѣе, что состояніе психической слабости постоянно затрудняетъ его критическое сужденіе.

Именемъ *отождествляющей формы заблужденія памяти* (identificirende Form der Erinnerungstäuschung—*Sander*'а) обозначается процессъ, при которомъ получается впечатлѣніе, будто окружающее насъ въ данный моментъ уже было видѣно нами раньше, будто то, что мы слышимъ, было слышано нами прежде, когда, словомъ, кажется, что положеніе, въ которомъ мы находимся, уже было разъ пережито нами съ тѣми же самыми подробностями.

Своеобразный, поражающій этотъ процессъ обыкновенно имѣетъ въ себѣ нѣчто устрашающее: кажется, что должно случиться что-то необычное, причемъ иллюзіи вызываютъ порою новые образы.

Такая психическая аномалія, возникающая при случаѣ и у здоровыхъ людей, особенно подъ вліяніемъ тѣлеснаго или душевнаго истощенія, встрѣчается часто у эпилептиковъ (показываясь періодически послѣ сильныхъ судорожныхъ припадковъ), у алкоголиковъ, иногда также у параноиковъ.

3. Болѣзненное ослабленіе и уничтоженіе способности запоминанія. Amnesia.

Въ наиболѣе легкой своей формѣ ослабленіе памяти выражается замедленіемъ припоминанія, т. е. удлиненіемъ средней продолжительности времени, по прошествіи котораго припоминаемый образъ можетъ быть воспроизведенъ въ сознаніи.

При общемъ подавленіи душевной дѣятельности, имѣющемъ мѣсто

особенно въ состояніяхъ меланхоліи, такое ослабленіе памяти составляетъ обычное явленіе, причемъ надобно, впрочемъ, принять во вниманіе, что замедляется также и внѣшнее выраженіе возникающихъ въ памяти образовъ. Это относится ко всѣмъ состояніямъ ослабленія душевныхъ отправленій, поскольку они, впрочемъ, не сопровождаются утратой самаго образа, подлежащаго припоминанію.

Амнезія можетъ относиться только къ извѣстному ряду образовъ, локализованныхъ въ корковомъ слоѣ.

Такъ, въ памяти могутъ быть уничтожены въ отдѣльности образы то звукового, то двигательнаго центровъ рѣчи (чувственная или сенсоріальная, двигательная или моторная афазіи), то соотвѣтственные зрительные образы (алексія и аграфія и пр.).

Описаніе этихъ состояній относится къ частной патологіи болѣзней головного мозга.

Амнезія можетъ быть, далѣе, частичной, парціальной и въ томъ смыслѣ, что способность припоминанія сохраняется только по отношенію къ отдѣльнымъ фактамъ или же не сохраняются во всѣхъ подробностяхъ впечатлѣнія пережитаго (смутное, суммарное воспоминаніе).

Этого рода амнезіи встрѣчаются иногда въ эпилептическихъ, маніакальныхъ состояніяхъ, также у алкоголиковъ, далѣе при сумеречныхъ состояніяхъ сознанія, при ступорѣ и галлюцинаторномъ бредѣ.

Ихъ зачастую наблюдаютъ послѣ травматическихъ поврежденій головы, причемъ больные могутъ дать лишь смутное описаніе случившагося съ ними несчастія.

Старческая амнезія тоже часто бываетъ парціальной въ томъ смыслѣ, что она относится только къ недавнимъ событіямъ. Явленіе это зависитъ отъ утраты способности замѣчать происходящее вокругъ за послѣднее время. Подобное же наблюдается при прогрессивномъ параличѣ и другихъ душевныхъ разстройствахъ органическаго происхожденія.

Амнезія различныхъ степеней существуетъ также въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. По отношенію къ происходящему при затемнѣніи или потерѣ сознанія или самосознанія, такъ какъ въ этихъ состояніяхъ воспріятія пригодныхъ для воспроизведенія образовъ или вовсе не бываетъ, или же оно происходитъ лишь въ ограниченной мѣрѣ (delirium hallucinatorium, ступоръ, манія, эпилептическіе, истерическіе припадки).

2. Въ состояніяхъ уничтоженія самосознанія. Здѣсь амнезія можетъ доходить до того, что больной не знаетъ, какъ его зовутъ, гдѣ онъ живетъ и пр. Сюда принадлежитъ также амнезія при двойномъ или альтернирующемъ сознаніи.

3. При состояніяхъ ослабленія психическихъ функцій.

Здѣсь сохраняются дольше всего въ памяти тѣ образы, которые особенно часто повторялись: больные еще узнаютъ наиболѣе приближенныхъ къ нимъ людей, но забываютъ всѣхъ остальныхъ; сохраняется также и

то, что твердо было заучено въ ранней молодости, но позднѣйшія пріобрѣтенія забываются. Наконецъ, утрачивается все, даже воспоминаніе о собственной личности.

Именемъ *возвратной амнезіи* (amnesia retroactiva s. retrograda) обозначили утрату памяти образовъ, относящихся не только къ началу и къ дальнѣйшему ходу заболѣванія, но также и къ болѣе или менѣе продолжительному или короткому періоду времени, предшествовавшему болѣзни.

Иногда такой изъянъ памяти относится лишь къ строго опредѣленному ряду дней, мѣсяцевъ или даже годовъ, между тѣмъ какъ все пережитое до этого времени можетъ быть воспроизведено вполнѣ отчетливо. Такіе больные часто не представляютъ другихъ аномалій въ сферѣ умственныхъ способностей и вполнѣ сознаютъ замѣчаемое у нихъ разстройство.

Другіе, наоборотъ, наполняютъ всякаго рода несуществовавшими событіями періодъ времени, обнимаемый амнезіей; впрочемъ, они сочиняютъ, конфабулируютъ, не доводя своихъ вымысловъ или конфабуляцій до фантастическихъ размѣровъ, свойственныхъ парамнезіямъ, но оставаясь въ предѣлахъ простого вранья.

Большее или меньшее количество забытыхъ образовъ можетъ впослѣдствіи постепенно возстановиться въ памяти, какъ это наблюдается довольно часто послѣ апоплектическихъ [инсультовъ; чаще же всего разъ забытые образы утрачиваются окончательно. Возвратная амнезія наблюдается также послѣ попытокъ повѣшенія, при отравленіи окисью углерода, послѣ травматическихъ поврежденій головы, эпилептическихъ, эклампти-ческихъ и истерическихъ приступовъ (гдѣ возвратная амнезія иногда наступаетъ періодически), а также послѣ паралитическихъ припадковъ при прогрессивномъ слабоуміи.

IV. Разстройства ощущеній.

1. Разстройства чувственныхъ ощущеній.

Разстройства эти могутъ состоять:

a) въ болѣзненномъ усиленіи ощущеній,

b) въ болѣзненномъ ослабленіи ощущеній и

c) въ болѣзненномъ извращеніи, когда возникаютъ пріятныя ощущенія тамъ, гдѣ при нормальныхъ условіяхъ должны получаться ощущенія непріятныя (отвращеніе).

a) *Болѣзненное усиленіе чувственныхъ впечатлѣній.*

По отношенію къ чувству голода оно выражается прожорливостью, какъ это наблюдается при идіотизмѣ, въ разныхъ состояніяхъ вторичнаго ослабленія умственныхъ способностей, при кататоническихъ формахъ помѣшательства, особенно же часто при прогрессивномъ параличѣ.

Изрѣдка у того же больного замѣчается и болѣзненное усиленіе жажды, которое должно всегда побуждать изслѣдовать повторно мочу (diabetes mellitus, diabetes insipidus).

Наоборотъ, въ началѣ маніи и прогрессивнаго паралича весьма часто возникаетъ наклонность къ чрезмѣрному потребленію спиртныхъ напитковъ.

Когда явленіе это повторяется періодически, его называютъ дипсоманіей, запоемъ (dipsomania—*Hufeland*'а) [1]).

Періодическое пьянство или запой (дипсоманія) возникаетъ при слѣдующихъ условіяхъ:

1. При психопатической наслѣдственности; особенно у потомковъ алкоголиковъ. Прирожденно слабоумные субъекты (imbecilli), лишенные достаточной психической сопротивляемости, запиваютъ неправильными періодами въ особенности когда имъ предстоятъ какія-нибудь новыя задачи жизни или когда они хотятъ забыть непріятности (pseudodipsomania—*Legrain*'а).

2. Запой можетъ совпадать съ припадкомъ періодической маніи, причемъ пьянство обусловливается самимъ маніакальнымъ состояніемъ, симптомы котораго маскируются отчасти проявленіями алкоголизма.

3. Запой можетъ также маскировать маніакальный фазисъ циркулярнаго помѣшательства при слабо выраженномъ депрессивномъ періодѣ и въ сопровожденіи самоупрековъ и самообвиненій по поводу предшествовавшихъ излишествъ.

4. Запой можетъ вызываться періодической меланхоліей или періодической ипохондріей. Больной, испытавшій въ предыдущемъ припадкѣ благопріятное дѣйствіе алкоголя въ смыслѣ притупленія душевной боли или тѣлесныхъ страданій, прибѣгаетъ къ этому средству при всякомъ новомъ припадкѣ. Подобнымъ же образомъ дипсоманія можетъ возникать и при періодически повторяющихся нейрозахъ.

5. Усиленная потребность въ спиртныхъ напиткахъ можетъ появляться періодически и на почвѣ истеріи одновременно съ полнѣйшимъ отвращеніемъ къ пищѣ, являясь своего рода причудой (pica).

6. Дипсоманія можетъ быть эпилептическаго происхожденія и повторяться періодически подобно эпилептическому сумеречному состоянію сознанія.

Клиническая картина дипсоманіи измѣнчива; она измѣняется смотря по причинѣ, лежащей въ основѣ стремленія къ спиртнымъ напиткамъ и затемняется еще самими проявленіями алкоголизма, поэтому обособленіе ея въ отдѣльную, самостоятельную болѣзнь такъ же ошибочно, какъ ошибочно было бы выдѣленіе такъ называемыхъ мономаній въ особую клиническую форму. (*Esquirol* говорилъ о monomanie de l'ivresse).

У многихъ дипсомановъ въ промежуткахъ между припадками запоя существуетъ полное отвращеніе къ спиртнымъ напиткамъ; въ другихъ случаяхъ дипсоманія переходитъ въ хроническій алкоголизмъ послѣ неоднократныхъ припадковъ бѣлой горячки (delirium tremens), вызванныхъ повторными запоями.

---

[1]) Die Dipsomanie. Eine wissenschaftliche Studie von *R. Gaupp*. Jena 1901.

Болѣзненное *усиленіе полового чувства* выражается половыми излишествами (особенно въ началѣ маніи и прогрессивнаго паралича), усиленнымъ онанизмомъ. Послѣднее наблюдается при психозахъ періода наступленія половой зрѣлости, а также при истерическихъ психозахъ, особенно въ климактерическомъ періодѣ, иногда послѣ апоплектическихъ инсультовъ и зачастую въ началѣ старческаго слабоумія.

Усиленіе полового чувства ведетъ у мужчинъ—къ сатиріазису, у женщинъ—къ нимфоманіи, обусловливая у обоихъ половъ возникновеніе такъ называемаго нарцизма (narcismus), т. е. созерцанія собственнаго своего голаго тѣла въ сопровожденіи сладострастныхъ представленій.

Для усиленія сладострастія, особенно для онанированія, мужчины иногда пользуются предметами, бывшими въ употребленіи у женщинъ: носовыми платками, фартуками, накладными косами (*фетишизмъ*, отъ португальскаго слова fetisso—колдовство).

Въ числѣ аномалій полового чувства надобно также упомянуть объ онанизмѣ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ (2—3 года) и о половомъ возбужденіи у дѣтей 8—10 лѣтъ (paradoxia sexualis), связаннымъ обыкновенно со слабоуміемъ (imbecilitas) и наклонностью къ безнравственнымъ поступкамъ вообще. Усиленіе полового чувства появляется иногда въ сопровожденіи ощущеній страха при тяжелой ипохондріи и ипохондрической меланхоліи. Стремленіе къ онанизму пересиливаетъ здѣсь всѣ добрыя намѣренія, самъ же онанизмъ становится источникомъ новыхъ самообвиненій. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные прибѣгаютъ къ онанизму—и при отсутствія усиленія полового чувства—какъ къ средству облегченія страданій, причиняемыхъ ипохондріей или ипохондрической параноей.

b) *Болѣзненное ослабленіе или уничтоженіе чувственныхъ ощущеній* проявляется по отношенію къ чувству голода въ видѣ анорексіи, могущей доходить до полнаго отказа отъ пищи—ситофобія (sitophobia), см. описаніе ея—когда самая мысль о пищѣ возбуждаетъ отвращеніе. По отношенію къ жаждѣ такое ослабленіе или уничтоженіе чувственныхъ ощущеній выражается водобоязнью—гидрофобіей (hydrophobia), которая, внѣ собачьяго бѣшенства у человѣка, можетъ возникать также при разнаго рода психозахъ, у дипсомановъ по окончаніи припадковъ запоя, въ ипохондрическихъ психозахъ, сопровождаемыхъ боязнью укушенія бѣшеной собаки, и, наконецъ, при истерическихъ психозахъ.

Ощущеніе утомленія, являющееся результатомъ усиленія и, такъ сказать, накопленія мышечнаго чувства при частыхъ и напряженныхъ сокращеніяхъ мускуловъ, можетъ также исчезать при нѣкоторыхъ патологическихъ условіяхъ.

При маніакальномъ неистовствѣ отсутствіе чувства жажды и голода, а также и ощущенія утомленія есть обычное явленіе.

Ослабленіе или совершенное уничтоженіе половыхъ ощущеній наблюдается у наслѣдственныхъ психопатовъ, у идіотовъ, при хроническомъ

алкоголизмѣ, при органическихъ психозахъ (сопровождающихся табетическими явленіями) и при слабоуміи.

c) *Болѣзненное превращеніе непріятныхъ въ нормальныхъ условіяхъ ощущеній—въ ощущенія пріятныя.*

Переходнымъ явленіемъ отъ физіологическаго состоянія къ состоянію патологическому служатъ обозначаемыя именемъ ріса причудливыя желаланія и вкусы беременныхъ и истеричныхъ.

Среди неистовствующихъ маніаковъ и при рѣзко выраженномъ слабоуміи (эпилептики) встрѣчаются такъ называемые „копрофаги“, т. е. субъекты, глотающіе калъ и мочу, у которыхъ слѣдуетъ принять существованіе анэстезіи центровъ соотвѣтственныхъ органовъ чувствъ. Наблюдаются также случаи „антропофагіи“ (алкоголисты, эпилептики).

Извращенія полового чувства, ведущія нерѣдко къ проступкамъ, наказуемымъ закономъ, особенно подробно изучены по причинѣ ихъ судебно-медицинскаго значенія.

Извращенія эти могутъ принимать различныя формы:

1. Противоестественное влеченіе къ субъектамъ одинаковаго пола (contrăre Sexualempfindung)—при удовлетвореніи съ ними половой похоти или безъ онаго: педерастія у мужчинъ, лесбійская любовь (трибадія) у женщинъ.

Оно встрѣчается у помѣшанныхъ, у чрезмѣрно похотливыхъ субъектовъ, зачастую у наслѣдственныхъ психопатовъ, въ начальныхъ періодахъ разныхъ психозовъ, особенно при началѣ прогрессивнаго паралича, и у алкоголиковъ. Иногда больной предается пассивной педерастіи, находя наслажденіе въ похоти субъекта, исполняющаго роль активнаго педераста.

2. Эксгибиціонизмъ (Exhibitionismus): показываніе полового члена на улицѣ въ сопровожденіи онанистическихъ движеній или безъ нихъ (у женщинъ обнаженіе грудей). Явленіе это можетъ зависѣть отъ многихъ причинъ:

а) Оно можетъ имѣть цѣлью возбудить въ себѣ самомъ сладострастныя ощущенія, вызывая ихъ, какъ это предполагаетъ эксгибиціонистъ, у лицъ женскаго пола видомъ обнаженнаго полового члена.

Какъ и при другихъ часто повторяемыхъ ненормальныхъ дѣйствіяхъ, рѣшающее значеніе имѣетъ здѣсь первое проявленіе соотвѣтственнаго поступка. Это показываетъ слѣдующій судебно-медицинскій случай: одинъ учитель, пользовавшійся наилучшей репутаціей, будучи 15-ти лѣтъ отъ роду, былъ застигнутъ врасплохъ горничной въ тотъ моментъ, когда онъ предавался онанизму, причемъ горничная этимъ очень заинтересовалась. Съ тѣхъ поръ онанированіе доставляетъ ему удовольствіе только, когда свидѣтельницей его бываетъ женщина и когда больной думаетъ, что она ощущаетъ половое возбужденіе. Для достиженія этого онъ вынимаетъ на улицѣ половой членъ и въ такомъ видѣ дожидается приближенія какого нибудь лица женскаго пола.

b) Эксгибиціонизмъ можетъ быть выраженіемъ ипохондрическихъ ощущеній страха съ локализаціей ихъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ, ощущеній, которыя успокаиваются только при обнаженіи половыхъ частей, невзирая на окружающихъ людей.

c) Относительно часто онъ замѣчается при эпилептическомъ припадкѣ, которому свойственно вообще постоянное повтореніе одного и того же дѣйствія.

d) Эксгибиціонизмъ возникаетъ еще въ началѣ прогрессивнаго паралича и старческаго слабоумія, далѣе у алкоголиковъ и эпилептиковъ, при утратѣ инстинктовъ приличія.

e) При прирожденномъ слабоуміи, гдѣ вышеупомянутые инстинкты не могли развиться.

3. Половое влеченіе къ дѣтямъ. Оно замѣчается у чрезмѣрно похотливыхъ субъектовъ, у наслѣдственныхъ психопатовъ, у слабоумныхъ и идіотовъ (въ двухъ послѣднихъ случаяхъ иногда потому, что „ихъ не хотятъ взрослыя дѣвушки“), особенно же у эпилептиковъ, алкоголиковъ, апоплектиковъ и при старческомъ слабоуміи.

4. Усиленіе сладострастныхъ ощущеній пораненіемъ жертвъ похотливости, женщинъ, или мальчиковъ (садизмъ, а въ наивысшей степени убійство изъ-за похоти), или же раненіемъ самого себя (мазохизмъ).

5. Совокупленіе съ животными (содомія), съ трупами (некрофилія). Аномаліи эти наблюдаются у эпилептиковъ, а также у алкоголиковъ, и при прирожденномъ слабоуміи.

6. Наконецъ, къ этому же разряду болѣзненныхъ проявленій относятся плотская любовь и совокупленіе между родственниками по восходящей и нисходящей линіямъ (кровосмѣшеніе, incestum), у слабоумныхъ (imbecilli) иногда на почвѣ бредовыхъ представленій паранои.

Такъ, напримѣръ, одна восемнадцатилѣтняя слабоумная дѣвушка забеременѣла отъ своего отца, думавшаго произвести на свѣтъ съ этой „дѣвой“ второго спасителя, къ чему онъ считалъ себя призваннымъ свыше.

Совокупность чувственныхъ ощущеній мы называемъ общимъ самоощущеніемъ.

Оно находится въ неустойчивомъ равновѣсіи при нормальности ощущеній и становится ощущеніемъ болѣзненности, когда какіе-нибудь болѣзненные процессы въ органахъ тѣла передаютъ сознанію болевое раздраженіе.

У душевно-больныхъ можетъ существовать ощущеніе болѣзни, относящееся къ имѣющемуся на-лицо мозговому пораженію. Это, напримѣръ, бываетъ у слабоумныхъ (imbecilli) иногда при интоксикаціонныхъ психозахъ, чаще же всего въ начальномъ стадіи разнаго рода психическихъ разстройствъ. Ощущеніе извѣстнаго рода перемѣны можетъ дойти до сознанія болѣзни, какъ это наблюдается въ началѣ періодическаго или циркулярнаго помѣшательства, нерѣдко также въ началѣ прогрессивнаго паралича, вѣрно распознаваемаго самимъ больнымъ.

По большей же части ощущеніе болѣзненности ненормально усилено или ненормально ослаблено до полнаго исчезновенія его.

Ненормальное усиленіе замѣчается при психозахъ съ ипохондрическими бредовыми представленіями, особенно при ипохондрической маніи, меланхоліи и параноѣ.

Ощущеніе болѣзненности ослаблено или отсутствуетъ при melancholia moralis: больной утверждаетъ, что онъ совершенно здоровъ, но нравственно плохъ. При маніи, подобно тому, что бываетъ и въ маніакальныхъ стадіяхъ другихъ психозовъ, исчезаютъ даже болѣзненныя ощущенія, соотвѣтствующія фактически существующимъ пораженіямъ, каковы заболѣванія сердца и легкихъ.

Временное, интеркуррирующее ощущеніе болѣзненности, даже сознаніе болѣзни можетъ появляться при маніи и при галлюцинаторномъ помѣшательствѣ.

2. Разстройства идейныхъ чувствъ.

a) *Болѣзненное ихъ усиленіе.*

Усиленіе идейныхъ чувствъ (Urtheilsgefühle), особенно религіознаго чувства съ крайнимъ благочестіемъ и вмѣстѣ съ тѣмъ съ сознаніемъ грѣховности, не рѣдко у душевно-больныхъ.

Чрезмѣрное, болѣзненное благочестіе, религіозный прозелитизмъ, стремленіе къ пріобщенію къ новымъ сектамъ встрѣчается у слабоумныхъ, истеричныхъ, эпилептиковъ; преувеличеніе сознанія грѣховности наблюдается у меланхоликовъ и въ меланхолическихъ стадіяхъ самыхъ разнообразныхъ психозовъ.

b) *Болѣзненное ослабленіе.*

Во всѣхъ состояніяхъ ослабленія психическихъ функцій мы находимъ въ большей или меньшей степени равнодушіе къ добру и злу, отсутствіе альтруистическихъ чувствъ при сохраненіи и даже усиленіи чувствъ эгоистическихъ, а также безразличное отношеніе къ возвышенному и пошлому, къ пристойному и непристойному.

При идіотизмѣ дѣло вообще не доходитъ до развитія этихъ чувствъ; при функціональныхъ психозахъ длительная утрата сказанныхъ чувствъ, когда она сопровождается ослабленіемъ другихъ болѣзненныхъ симптомовъ, указываетъ на предстоящій исходъ во вторичное слабоуміе. Иногда стушевываніе идейныхъ чувствъ служитъ признакомъ органическаго психоза, напримѣръ при прогрессивномъ параличѣ и при старческомъ слабоуміи. Больные становятся непристойными въ рѣчахъ и дѣйствіяхъ своихъ, одѣваются неряшливо, остаются съ покрытой головой въ обществѣ, приводятъ публичныхъ женщинъ въ свою семью и пр.

Въ раннемъ стадіи хроническаго алкоголизма ослабленіе или исчезновеніе идейныхъ чувствъ сказывается обыкновенно равнодушіемъ къ судьбѣ близкихъ людей, утратой уваженія къ прежнимъ друзьямъ и даже отвращеніемъ къ нимъ, равнодушіемъ по отношенію къ увѣщеваніямъ со

стороны близкихъ, наконецъ, столкновеніями съ полиціей и полицейскими наказаніями до заключенія въ смирительный домъ.

Тогда какъ нѣкоторые эпилептическіе психозы обнаруживаютъ уничтоженіе идейныхъ чувствъ въ только что описанной формѣ, при истерическихъ психозахъ у женщинъ и дѣвушекъ аномалія эта выражается зачастую заведеніемъ любовной связи съ низкими по характеру и по общественному положенію субъектами, обнаженіемъ себя передъ врачемъ и т. п. изъянами нравственнаго чувства. Въ начальномъ періодѣ маніи больные очень часто ведутъ себя крайне предосудительно, совершаютъ проступки противъ общественнаго приличія, крадутъ и пр.

Иногда въ періодѣ выздоровленія остается ослабленіе идейныхъ чувствъ въ теченіе еще нѣкотораго времени, когда другіе признаки помѣшательства уже исчезли.

c) *Болѣзненное извращеніе идейныхъ чувствъ.*

Извращеніе это заключается въ томъ, что больной испытываетъ особое удовольствіе отъ дѣйствій, причиняющихъ другимъ боль.

Такіе больные иногда уже въ ранней молодости любятъ мучить животныхъ, убивать ихъ жестокимъ образомъ; они рвутъ и уничтожаютъ школьныя принадлежности своихъ товарищей, воруютъ, поджигаютъ, причемъ ихъ тѣшитъ не самый поступокъ, но скорѣе мысль о томъ, что они причинятъ непріятность и горе тѣмъ, кому они наносятъ вредъ своими дѣяніями.

Имъ также доставляетъ особенное удовольствіе лгать и обманывать другихъ.

При уличеніи во лжи субъекты эти нимало не устыжаются, и это отсутствіе стыда служитъ причиной тому, что они не перестаютъ лгать.

Въ дальнѣйшей жизни этихъ субъектовъ дѣло доходитъ до совершенія разныхъ преступленій.

Недостаточное развитіе или утрату идейно-нравственныхъ чувствъ — состояніе, проявляющееся часто преступленіями или преступными наклонностями — считали за особую душевную болѣзнь, могущую существовать самостоятельно, при отсутствіи другихъ разстройствъ умственной дѣятельности; ее назвали *нравственнымъ помѣшательствомъ*—moral insanity (*Prichard*) [1]). Слѣдуетъ, однако, замѣтить, что уже въ 1819 году *Grohmann* говорилъ о непосредственной нравственной дезорганизаціи свободной воли, о притупленіи нравственнаго чувства, о грубости воли и о нравственномъ слабоуміи.

Но не надобно забывать, что человѣкъ, представляющій только такую ненормальность, просто-на-просто преступникъ, и что рѣчь можетъ быть о болѣзни лишь тамъ, гдѣ существуютъ и другіе симптомы душевнаго разстройства.

---

1) *Mendel* in Eulenburg's Realencyclopädie.—*Näcke*, Neurol. Centralbl. 1896.—*Biswanger*, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1887.—*Cramer*, Münchener med. Wochenschrift 1898, № 46.

Симптомокомплексъ такъ называемаго нравственнаго помѣшательства встрѣчается въ нижеслѣдующихъ случаяхъ:

1. Чаще всего при прирожденномъ слабоуміи (imbecillitas), при которомъ имѣется дѣло не съ утратой или извращеніемъ нравственныхъ чувствъ, но съ недостаточнымъ развитіемъ ихъ, связаннымъ съ признаками умственной слабости. Это субъекты почти всегда съ сильной психопатической наслѣдственностью, отличающіеся уже въ школьномъ возрастѣ жестокостью по отношенію къ животнымъ, невыносимымъ поведеніемъ съ другими дѣтьми, непослушаніемъ родителямъ. Въ классѣ они невнимательны, лѣнивы, мѣшаютъ преподаванію, отнимаютъ у товарищей разные предметы, портятъ ихъ тетради и книги, лгутъ и пр. Съ трудомъ проходятъ они нѣсколько классовъ или же постоянно переходятъ изъ одного школьнаго заведенія въ другое, изъ одного пансіона въ другой. Всюду они дѣлаютъ себя невозможными своею необузданностью, своими преступными наклонностями, къ которымъ еще присоединяется — иногда задолго до наступленія половой зрѣлости — онанизмъ и даже поступки, прямо нарушающіе общественную нравственность (paradoxia sexualis). То же повторяется, когда, выйдя изъ школы, они принимаются за какое-нибудь ремесло или видъ общественной дѣятельности. Бродяжничество, воровство, поджигательство приводятъ ихъ въ столкновеніе съ полиціей и закономъ; если при этомъ имъ не придется подвергнуться компетентному психіатрическому изслѣдованію, то ихъ приговариваютъ къ наказаніямъ, по отбытіи которыхъ они снова начинаютъ жить по прежнему. Извѣстная доля привычныхъ преступниковъ набирается именно изъ такихъ слабоумныхъ отъ рожденія (imbecilli).

У нихъ очень часто съ ранней молодости замѣчаются головныя боли, головокруженія и эпилептоидные или эпилептическіе припадки.

По большей части у нихъ находятъ также признаки вырожденія, каковы уродливости черепа и ушныхъ раковинъ, заячья губа, волчья пасть, аномаліи наружныхъ половыхъ частей и пр.

2. У алкоголиковъ (въ сопровожденіи другихъ признаковъ хроническаго отравленія алкоголемъ) и морфиномановъ.

3. У эпилептиковъ, при наличности признаковъ эпилептическаго психоза.

4. Въ началѣ прогрессивнаго паралича, также при старческомъ слабоуміи; въ обоихъ этихъ случаяхъ имѣются признаки ослабленія умственныхъ способностей.

5. Въ истерическихъ психозахъ, причемъ особенно часто замѣчаются аномаліи въ половой сферѣ.

6. Въ началѣ маніи, особенно же въ маніакальномъ періодѣ циркулярнаго помѣшательства; очень часто также при припадкахъ періодической маніи.

7. При параноѣ. Здѣсь безнравственные поступки совершаются по отношенію ко всевозможнымъ лицамъ, часто постороннимъ для больного.

Это „месть всему свѣту“ за зло, содѣянное, будто-бы, больному уже съ ранней его молодости. Слѣдуетъ признать, что зло это отчасти дѣйствительно причинялось изъ-за незнанія того, что больной помѣшанный.

Какъ видно изъ только что сказаннаго, нѣтъ такой душевной болѣзни, которую нельзя было бы назвать нравственнымъ помѣшательствомъ. Съ другой стороны, нѣтъ и такого помѣшательства, которое сводилось бы къ одному извращенію извѣстнаго идейно-нравственнаго чувства, по аналогіи съ такъ называемой idea fixa.

Клептоманія, пироманія, мономанія убійства — въ сущности не мономаніи: при нихъ преступныя стремленія служатъ однимъ изъ проявленій психоза, форма котораго можетъ быть весьма различна; въ противномъ случаѣ, эти „мономаны“ просто-на-просто преступники.

V. Разстройства душевнаго настроенія.

Совокупность ощущеній, сопровождающихъ содержаніе нашего сознанія, называется душевнымъ настроеніемъ, состояніемъ духа (Gemüth). Недостаточное развитіе составныхъ частей этого настроенія, всякое существенное измѣненіе ихъ подъ вліяніемъ болѣзнетворной причины, вызываетъ и болѣзненное измѣненіе состоянія духа.

Вліяніе чувственныхъ ощущеній на душевное настроеніе проявляется, напримѣръ, въ болѣзненныхъ органическихъ ощущеніяхъ со стороны желудка и кишечника и въ связанныхъ съ ними разстройствахъ состоянія духа.

Между пессимистомъ, у котораго преобладаютъ непріятныя ощущенія (подвидомъ его является такъ называемый „ворчунъ“), и жизнерадостнымъ оптимистомъ — въ настроеніи духа столько же разновидностей, сколько ихъ между исполненнымъ страха меланхоликомъ съ его панофобическимъ бредокъ и паралитикомъ, плавающимъ въ океанѣ блаженныхъ ощущеній. Переходными степенями здѣсь служатъ, съ одной стороны, полу-меланхолическая подавленность духа (depressio hypomelancholica), съ другой стороны — полу-маніакальная (hypomania) или маніакальная распущенность.

Полная утрата всѣхъ ощущеній, какъ пріятныхъ, такъ и непріятныхъ, зачастую съ нѣкоторымъ остаткомъ чувственныхъ ощущеній, называется притупленіемъ аффективности (Gemüthsstumpfheit). Она, въ соединеніи съ потерей умственныхъ способностей, обусловливаетъ такъ называемое апатическое слабоуміе. Въ соединеніи же съ простымъ ослабленіемъ ума она чаще всего наблюдается у алкоголиковъ и эпилептиковъ.

Преобладающая въ данную минуту аффективность и есть настроеніе духа (Gemüthsstimmung).

Настроеніе духа служитъ выраженіемъ преобладающихъ при немъ чувствъ и ощущеній, къ описанію которыхъ мы и отсылаемъ читателя.

Здѣсь мы укажемъ только на легкую измѣнчивость настроенія духа у душевно-больныхъ, на быструю и, повидимому, безпричинную смѣну у нихъ аффектовъ или эмоцій, согласно пословицамъ: «Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt»; «Lachen und Weinen steckt in einem Sack»

(сегодня въ порфирѣ, завтра въ могилѣ; то веселъ, а то и носъ повѣсилъ).

Такая измѣнчивость настроенія есть выдающаяся черта наслѣдственныхъ психопатовъ; особенно часто она встрѣчается при истерическихъ психозахъ, а также у эпилептиковъ, которые то молятся, то изрекаютъ проклятія. Нѣкоторая эмоціональность является зачастую остаткомъ перенесенной душевной болѣзни.

Внезапное измѣненіе настроенія духа въ аффектѣ выражается гнѣвомъ или неистовствомъ, болѣзнью непріятныхъ ощущеній, утратой всякой сдержанности, чрезмѣрной радостью по случаю пріятныхъ ощущеній.

Внѣшнія проявленія такихъ аффектовъ у душевно-больныхъ вообще тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе у нихъ съужены, оттѣснены на задній планъ сдерживающія представленія. При такихъ условіяхъ аффектъ пріобрѣтаетъ патологическій характеръ. Патологическіе аффекты наблюдаются у слабоумныхъ, эпилептиковъ, алкоголиковъ, особенно же у наслѣдственныхъ психопатовъ. (По части состоянія сознанія при такихъ состояніяхъ см. выше).

Изъ этихъ аффектовъ особый интересъ представляетъ страхъ. Появленіе его въ качествѣ основного симптома побудило нѣкоторыхъ авторовъ говорить о „боязливыхъ психозахъ“ (Angstpsychosen), какъ объ особой формѣ душевнаго разстройства (*Wernicke*).

2414

Чувство страха можетъ быть вызвано превращеніемъ безразличныхъ чувственныхъ впечатлѣній въ такія, которыя являются угрожающими по отношенію къ больному, а также устрашающими галлюцинаціями, мучительными представленіями и, наконецъ, ненормальными чувственными впечатлѣніями (боязнь смерти и пр.). Разъ появившись, чувство страха извращаетъ, окрашиваетъ въ своемъ смыслѣ и дальнѣйшія впечатлѣнія, представленія и ощущенія. Постоянно повторяющееся болѣзненное раздраженіе можетъ при такихъ условіяхъ повести къ боязливымъ состояніямъ, длящимся недѣли и мѣсяцы и сопровождающимся иногда ощущеніями страха, локализованными въ надчревной области (прекордіальный страхъ или тоска), въ головѣ, во лбу, въ шеѣ или въ половыхъ частяхъ.

Отраженіе, иррадіація ощущеній страха на двигательные центры ведетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ насильственнымъ поступкамъ (боязливое неистовство, напр. въ меланхоліи, raptus melancholicus) или къ полнѣйшей подавленности всякихъ двигательныхъ проявленій (больной остолбенѣваетъ, окоченѣваетъ отъ страха, „точно громомъ пораженный“).

Уменьшеніе страха можетъ означать или ослабленіе вызывающихъ его болѣзненныхъ симптомовъ и начало выздоровленія, или оно служитъ предвѣстникомъ общаго ослабленія психическихъ отправленій, перехода излечимаго психическаго разстройства въ неизлечимую душевную болѣзнь.

Пониженіе интенсивности аффекта безъ измѣненія другихъ болѣзненныхъ проявленій—вообще неблагопріятный для предсказанія признакъ.

Помимо меланхоліи—при которой страхъ принадлежитъ къ обычнымъ

явленіямъ — боязливые аффекты наблюдаются еще при психозахъ съ характеромъ подавленности (меланхолическія и ипохондрическія формы), при прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи, галлюцинаторномъ помѣшательствѣ; они также развиваются въ характерной формѣ изъ галлюцинацій — у алкоголиковъ, нерѣдко и у эпилептиковъ.

До сихъ поръ рѣчь шла объ общей боязливости съ неопредѣленнымъ или измѣнчивымъ содержаніемъ. Но есть еще состоянія страха, связанныя съ опредѣленными непріятными ощущеніями, именно въ области общихъ ощущеній.

Эти боязливые аффекты извѣстны подъ именемъ фобій; они сводятся, въ сущности, къ боязни болѣзней.

Появленіе страха обусловливается тутъ или извѣстными внѣшними условіями, или нѣкоторыми ненормальными ощущеніями въ собственномъ тѣлѣ. Къ первымъ принадлежатъ агорафобія (боязнь мѣстъ, Platzangst), монофобія, гипсофобія (hypsophobia) или боязнь пребыванія на большой высотѣ, никтофобія (nyktophobia)—боязнь ночи или ночной страхъ, клаустрофобія или боязнь замкнутыхъ пространствъ. Больной боится перейти черезъ площадь, потому что разъ съ нимъ на такой площади случился припадокъ головокруженія или же ощущеніе ожиданія такого припадка въ сопровожденіи интенсивнаго страха, такъ какъ по близости не было ни одного дома. Онъ *боится боязни*, которая снова можетъ овладѣть имъ. Онъ боится остаться одинъ, чтобы съ нимъ не случилось чего-нибудь при невозможности скорой помощи. Онъ не переходитъ моста, не подходитъ къ открытому окну, опасаясь, что у него вдругъ сдѣлается головокруженіе или обморокъ и онъ въ такомъ состояніи выпрыгнетъ въ окно.

Мысль о возможности внезапнаго появленія душевной болѣзни обусловливаетъ также „боязнь ножа“ и тому подобныя состоянія. Больной ощущаетъ страхъ при видѣ ножа, потому что боится сойти съ ума, впасть въ неистовство, зарѣзать ребенка или себя самого этимъ ножемъ.

Во всѣхъ такихъ случаяхъ важно прежде всего опредѣлить тотъ психическій процессъ, который сопровождалъ первое появленіе страха. Если этого не сдѣлано, то часто нельзя бываетъ выяснить логической связи между предметомъ, вызывающимъ страхъ, и субъективнымъ состояніемъ больного. При повтореніяхъ, въ особенности при частыхъ повтореніяхъ, когда процессъ начинаетъ уже совершаться по проторенной дорогѣ, первоначальное обоснованіе страха не доходитъ болѣе до сознанія: больной повинуется какъ бы безпричинному принужденію, вслѣдствіе чего эти фобіи получили ошибочное названіе насильственныхъ, принудительныхъ представленій (Zwangsvorstellungen, obsessiones), тогда какъ, на самомъ дѣлѣ, онѣ не что иное какъ боязливыя представленія по большей части ипохондрическаго характера, какъ уже было сказано.

Къ этому классу фобій принадлежатъ также случаи, въ которыхъ больной боится всюду зародышей болѣзней, ядовъ, острыхъ предметовъ, одно прикосновеніе къ которымъ уже можетъ вызвать болѣзнь или пора-

неніе (боязнь бактерій, мышьяка, морфія, осколковъ, иглъ, грязи— mysophobia).

Подобныя состоянія получили названіе „бреда сомнѣнія съ боязнью прикосновеній“ (folie du doute avec délire du toucher).

Какъ послѣдствіе боязни причинить себѣ вредъ ядами или грязью или боязни уже причиненнаго ими вреда въ нѣкоторыхъ случаяхъ является непреодолимое стремленіе къ постоянному умыванію (манія умыванія).

Такой бредъ сомнѣнія съ боязнью прикосновеній значительно чаще встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, особенно въ возрастѣ отъ 25 до 35 лѣтъ. Иногда онъ является результатомъ усиленія ипохондріи у субъектовъ съ тяжелой психопатической наслѣдственностью; порой появленіе его совпадаетъ съ возникновеніемъ какой-нибудь эпидеміи.

Это болѣзненное состояніе обнаруживаетъ въ своемъ теченіи періоды экзацербаціи и ремисссіи; оно рѣдко излечивается вполнѣ, но лишь въ исключительныхъ случаяхъ требуетъ помѣщенія больного въ психіатрическое заведеніе; оно, однако, можетъ повести къ ослабленію умственныхъ способностей. Кругъ, въ которомъ вращается больной, въ которомъ сосредоточены его интересы, все съуживается; если, при отсутствіи подходящаго леченія, состояніе это не улучшится, то больной обыкновенно уединяется отъ всякаго людского общества.

Леченіе должно быть главнымъ образомъ психическое. Вспомогательными средствами его могутъ служить систематическое примѣненіе холодной гидротерапіи, препараты брома, мышьяка и хинина. Если пребываніе въ собственномъ семействѣ невыносимо для больного и вредно для дѣтей, то помѣщеніе въ психіатрическое заведеніе или въ санаторію становится необходимымъ.

Съ этимъ бредомъ сомнѣнія при боязни соприкосновеній не надобно смѣшивать другой бредъ сомнѣнія, обусловленный совершенно инымъ процессомъ, именно особымъ разстройствомъ въ ассоціаціи идей (см. paranoia rudimentaria).

Чувство страха можетъ, далѣе, вызываться нѣкоторыми ненормальными ощущеніями (парэстезіи и гиперэстезіи) или сочетаться съ ними. Ощущенія эти зачастую имѣютъ своимъ сѣдалищемъ половой аппаратъ (онанизмъ, эксгибиціонизмъ въ связи съ боязливыми ощущеніями).

Одинъ больной постоянно боялся того, что въ сидячемъ положеніи онъ ущемляетъ половой членъ, причемъ получались ощущенія подергиванія волосъ на лобкѣ, вызывавшія головную боль.

У истеричныхъ боязнь устремлена на животъ или на мочевой пузырь (мучительный страхъ, что вдругъ, при нахожденіи больной въ обществѣ, у нея случится непроизвольное истеченіе мочи или отхожденіе кишечныхъ газовъ), то на зубы (obsession dentaire).

Упомянутыя боязливыя состоянія могутъ сопровождать различнѣйшіе психозы, особенно тѣ, гдѣ имѣются ипохондрическія бредовыя представле-

нія; но они могутъ также наблюдаться у субъектовъ, которыхъ нельзя разсматривать какъ душевно-больныхъ въ тѣсномъ смыслѣ.

Въ послѣднемъ случаѣ внезапное усиленіе страха можетъ, однако, вызвать разстройство въ ходѣ представленій, ведущее къ нарушенію разсудительности и къ ненормальнымъ поступкамъ (аффективные поступки).

VI. Разстройства сознанія.

Содержаніе сознанія у душевно-здоровыхъ людей различествуетъ, смотря по ихъ прирожденнымъ умственнымъ особенностямъ, по профессіи и по общественному положенію. У душевно-больныхъ оно можетъ быть ограничено (идіотизмъ, прирожденное слабоуміе) или же извращено галлюцинаціями и бредовыми представленіями. Оба эти разстройства часто сочетаются между собой.

О нихъ уже было сказано раньше. Здѣсь будетъ рѣчь только объ общемъ содержаніи сознанія, каковымъ оно проявляется наружу. Внѣшнимъ выраженіемъ равновѣсія впечатлѣній, представленій и ощущеній служитъ такъ называемая разсудительность или разумность (Besonnenheit). Съ нею также связана способность ориентироваться въ пространствѣ и времени.

Душевно-больныхъ зачастую можно сразу же узнать по отсутствію у нихъ разсудительности, особенно когда они не имѣютъ яснаго представленія ни о мѣстѣ, гдѣ находятся, ни объ окружающемъ ихъ, ни даже о времени (дезориентація). Кажущаяся разсудительность не исключаетъ, однако, душевной болѣзни. Недостатокъ умственныхъ способностей можетъ скрываться подъ соблюденіемъ внѣшнихъ формъ разумности и приличія. Обманы чувствъ и бредовыя представленія могутъ подавляться или временно сдерживаться во внѣшнихъ своихъ проявленіяхъ, особенно при параноѣ, а также при алкоголизмѣ. Иногда разсудительность проявляется у душевно-больныхъ преходящимъ, перемежающимся образомъ, особенно при маніи, при галлюцинаторномъ помѣшательствѣ, еще чаще при интоксикаціонныхъ психозахъ, рѣже при прогрессивномъ параличѣ. Больной вдругъ объявляетъ, что онъ знаетъ теперь, гдѣ онъ находится, что онъ наговорилъ безсмыслицы, что онъ былъ, по всей вѣроятности, боленъ и т. п.

Противоположеніемъ разсудительности является запутанность (Verworrenheit), болѣзненное состояніе сознанія, при которомъ внутренняя связь представленій ослабляется: сочетанія ихъ не подчиняются больше нормальнымъ законамъ ассоціаціи идей; нарушается также понятіе о пространствѣ и времени. Наружнымъ проявленіямъ этого состоянія служатъ запутанныя рѣчи и нецѣлеобразные, безпорядочные поступки.

Запутанность можетъ обусловливаться:

1. Массовыми галлюцинаціями — галлюцинаторная запутанность — въ сопровожденіи затемнѣнія сознанія, что составляетъ симптомъ самыхъ разнообразныхъ психозовъ.

Сюда принадлежатъ: запутанность лихорадящихъ больныхъ и, при разныхъ интоксикаціонныхъ психозахъ, многіе случаи эпилептической запутанности, галлюцинаторнаго бреда и преходящая запутанность при параноѣ.

2. Слишкомъ быстрымъ ходомъ представленій: запутанность при разныхъ формахъ маніакальнаго возбужденія, особенно при маніакальномъ неистовствѣ (см. эту болѣзнь).

3. Чрезмѣрными аффектами, захватывающими сознаніе: у душевно-здоровыхъ людей сильная радость можетъ вызвать безсвязныя рѣчи, но еще къ этому ведетъ чрезмѣрный страхъ. При патологическихъ условіяхъ преходящая боязливая запутанность показывается особенно у меланхоликовъ, иногда при отсутствіи галлюцинацій. Аффектъ особенно легко вызываетъ запутанность тамъ, гдѣ содержаніе сознанія не представляетъ собою вполнѣ связнаго и прочнаго цѣлаго, напр. у наслѣдственныхъ психопатовъ, у прирожденно-слабоумныхъ, у алкоголиковъ и пр.

4. Упадкомъ сознанія въ состояніи умственнаго ослабленія—при слабоумной формѣ запутанности (вторичное слабоуміе, прогрессивный параличъ, старческое слабоуміе и другія органическія болѣзни мозга).

Слѣдуетъ выдѣлить въ особую группу состоянія парафазической запутанности (paraphasische Verwirrtheit)—симптомъ гнѣзднаго пораженія мозга. При нихъ запутанность идей только кажущаяся, такъ какъ больной говоритъ не тѣ слова, которыя хочетъ сказать.

Вниманіемъ называютъ преобладаніе въ сознаніи, въ данный моментъ, извѣстныхъ чувственныхъ впечатлѣній, представленій и ощущеній, вытѣсняющихъ всѣ остальныя. Это даетъ возможность углубиться въ извѣстный предметъ, наблюдать, предаваться труднымъ умственнымъ соображеніямъ. Недостатокъ вниманія (апросексія, agrosexia) составляетъ характерный признакъ прирожденнаго слабоумія (imbecillitas) и вообще всякихъ ослабленій умственныхъ способностей. Онъ также свойственъ маніакальнымъ состояніямъ, характеризующимся непрестанной разсѣянностью.

Вниманіе можетъ быть усилено у душевно-больныхъ сосредоточеніемъ сознанія на извѣстныхъ болѣзненныхъ представленіяхъ. Галлюцинанты зорко слѣдятъ за своими галлюцинаціями, ипохондрики—за процессами, совершающимися въ ихъ собственномъ тѣлѣ, иногда въ извѣстной точкѣ его; меланхолики и параноики крайне внимательны ко всѣмъ событіямъ внѣшняго міра, приводимымъ ими въ связь съ ихъ бредовыми представленіями (hypergrosexia). Возможность легкаго отвлеченія вниманія указываетъ на слабость послѣдняго, но слабость эта не обязательная спутница общаго ослабленія душевныхъ способностей и, слѣдовательно, не составляетъ неблагопріятнаго симптома, какимъ она бываетъ при прирожденномъ или пріобрѣтенномъ слабоуміи, у паралитиковъ у пр. Легкая отвлекаемость вниманія можетъ обусловливаться быстрой смѣной предметовъ, сосредоточивающихъ на себѣ вниманіе, также непрочностью отдѣльныхъ образовъ (при галлюцинаторномъ бредѣ) или чрезмѣрно быстрымъ ходомъ пред-

ставленій въ маніакальныхъ состояніяхъ; поэтому она не имѣетъ непремѣнно неблагопріятнаго прогностическаго значенія.

Сонъ, обусловливаемый, по всей вѣроятности, физіологическимъ самоотравленіемъ (аутоинтоксикаціей) мозга, сводится къ физіологическому, періодически повторяющемуся ослабленію психическихъ процессовъ въ сферѣ сознанія; ослабленіе это можетъ доходить до полнаго уничтоженія сознанія (сонъ безъ сновидѣній).

Нарушеніе сна до полной безсонницы (agrypnia) — одинъ изъ наиболѣе частыхъ начальныхъ симптомовъ душевныхъ болѣзней; разстройства эти и при излечимыхъ психозахъ нерѣдко держатся въ теченіе всей болѣзни. Возстановленіе сна является зачастую первымъ признакомъ наступающаго выздоровленія. Недостаточный сонъ наблюдается, далѣе, при большинствѣ интоксикаціонныхъ психозовъ. У слабоумныхъ отъ рожденія, при старческомъ слабоуміи и при вторичныхъ слабоуміяхъ сонъ можетъ быть не нарушенъ.

Ненормально усиленная потребность во снѣ, сонливость (Schlafsucht) замѣчается порой въ періодѣ выздоровленія отъ психозовъ, чаще же при органическихъ душевныхъ болѣзняхъ, при прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи и опухоляхъ мозга.

Періодически повторяющееся засыпаніе при всякихъ условіяхъ времени и мѣста, извѣстное подъ названіемъ нарколепсіи (narcolepsia), наблюдается:

1. У эпилептиковъ. У нихъ нарколептическій припадокъ служитъ эпилептическимъ эквивалентомъ.

2. При истеріи, гдѣ нарколепсія можетъ держаться иногда днями и недѣлями. Тутъ наблюдается обыкновенно дрожаніе вѣкъ и нѣкоторая кататоническая окоченѣлость мускуловъ.

3. У апоплектиковъ, иногда какъ премониторный симптомъ апоплектическаго инсульта; при альбуминуріи и гликозуріи.

При переходѣ отъ сна къ бодрственному состоянію, не исчезнувшіе еще образы сновидѣній, при не вполнѣ проясненномъ сознаніи, могутъ порождать особое состояніе сонливаго опьянѣнія (Schlaftrunkenheit, somnolentia), ведущее иногда къ превратнымъ и даже насильственнымъ поступкамъ въ смыслѣ этихъ сновидѣній.

Во время бодрствованія могутъ возникать затемнѣнія сознанія съ сохраненіемъ подвижности и способности къ дѣйствіямъ—сумеречныя состоянія сознанія; когда же сознаніе совершенно утрачивается, то имѣется дѣло съ такъ называемымъ оцѣпенѣніемъ или ступоромъ (stupor).

1. Затемнѣнія сознанія или сумеречныя состоянія (Dämmerzustände) [1].

Сумеречное состояніе—такое нарушеніе ясности сознанія, при которомъ происходящіе въ послѣднемъ психическіе процессы не узнаются больнымъ какъ принадлежащими къ его *я*. Совершаемые въ этомъ состояніи

---

[1]) *Mörchen*, Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg 1901.

поступки происходятъ за пограничной чертой самосознанія, при участіи образовъ безсознательной памяти или же (при наличности соотвѣтственныхъ „торныхъ“ путей) подъ вліяніемъ впечатлѣній минуты. Легкость, съ которою эти впечатлѣнія перерабатываются въ опредѣленномъ смыслѣ и переходятъ въ дѣйствія, объясняется отсутствіемъ задерживающихъ представленій.

Въ сумеречномъ состояніи больной отвѣчаетъ на вопросы объ его фамиліи, возрастѣ, мѣстожительствѣ. Онъ, по требованію врача, показываетъ языкъ, заявляетъ, что хорошо проспалъ ночь, что имѣетъ аппетитъ и пр.—и это говорится безъ всякаго участія самосознанія. Въ такомъ состояніи больные способны закупать разныя вещи, предпринимать поѣздки, вѣрно считать и платить деньги, но нерѣдко они совершаютъ поступки, подлежащіе судебному наказанію: дезертирство, кража, эксгибиціонизмъ, насиліе съ нанесеніемъ ранъ и при кажущейся преднамѣренности и цѣлесообразности. При частомъ повтореніи такихъ состояній, совершенные во время ихъ поступки могутъ повторяться съ извѣстной равномѣрностью, стереотипностью, что особенно часто наблюдается при эпилептическихъ сумеречныхъ состояніяхъ.

Зрачки въ эпилептическомъ сумеречномъ состояніи лѣниво или совсѣмъ не реагируютъ на свѣтъ; они расширены или среднихъ размѣровъ. Цвѣтъ лица обыкновенно блѣдный. При истерическомъ сумеречномъ состояніи отвѣты иногда до такой степени запутаны и нелѣпы, что производятъ впечатлѣніе сочинительства или притворства (*Ganser*).

Когда въ сумеречномъ состояніи возникаютъ галлюцинаціи, то больной живетъ какъ бы въ области сновидѣній (Traumzustände).

Продолжительность такихъ состояній сновидѣнія колеблется между долей минуты и нѣсколькими часами, днями и даже недѣлями или мѣсяцами. Въ извѣстныхъ случаяхъ замѣчается полная амнезія по отношенію ко всему происходившему во время припадка, но большею частью остается смутное или суммарное воспоминаніе о немъ.

Одинъ больной *Bonhöfer*'а разсказывалъ о совершенныхъ имъ въ сумеречномъ состояніи поступкахъ, какъ будто это касалось третьяго лица.

Сумеречныя состоянія особенно часто встрѣчаются при эпилептическихъ и алкогольныхъ психозахъ. При послѣднихъ ихъ называютъ *трансами* (transe). Они, далѣе, наблюдаются при истерическихъ, еще чаще при травматическихъ психозахъ, въ нѣкоторыхъ самоотравленіяхъ, напр. при мочекровіи, наконецъ, при органическихъ психозахъ, особенно послѣ паралитическихъ припадковъ или какъ замѣна ихъ. Въ исключительныхъ случаяхъ сумеречное состояніе можетъ появиться преходящимъ образомъ и при очень сильной физической боли, какъ, напр., при мигрени, при невральгіи тройничнаго нерва (dysthymia и neuralgica — *Schüle*).

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сумеречныя состоянія возникаютъ преиму-

щественно ночью, причемъ больные начинаютъ бредить (въ особенности при эпилепсіи и истеріоэпилепсіи), говорятъ о сомнамбулизмѣ (somnambulare—ходить во снѣ). Иногда представленія, возникающія въ этомъ припадкѣ сомнамбулизма, забываются въ нормальномъ состояніи бодрствованія, но при слѣдующемъ припадкѣ они возвращаются вновь. Въ этихъ случаяхъ больной ведетъ какъ бы двойную духовную жизнь: двойное сознаніе (*Jessen*) или попеременное, альтернирующее сознаніе (*Solbrig*).

2. Оцѣпенѣніе (Stupor) [1].

Затемнѣніе сознанія, степень котораго можетъ быть весьма различной, сопровождается двигательнымъ разстройствомъ: больной становится неподвижнымъ, цѣпенѣетъ. Смотря по вызывающей его причинѣ, ступоръ можетъ проявляться весьма различнымъ образомъ. Принимаютъ слѣдующіе виды ступора:

а) *Боязливое оцѣпенѣніе.*

Больной окоченѣваетъ отъ страха. Выраженіе лица его при открытыхъ и неподвижно устремленныхъ глазахъ мучительное и боязливое, лицевыя мышцы судорожно сокращены. Больной молчитъ, хотя по нѣкоторымъ движеніямъ его губъ можно угадать, что онъ желалъ бы говорить. Члены его, находящіеся въ полной неподвижности, можно сгибать какъ воскъ (flexibilitas cerea). Въ такомъ принудительномъ положеніи больные могутъ оставаться долго, дольше, чѣмъ это возможно для здороваго. Фактъ этотъ находится, по всей вѣроятности, въ связи съ утратой ощущенія утомленія; чувства голода и жажды также утрачиваются въ такихъ случаяхъ. Иногда изъ анамнеза выясняется, что неподвижность больного можно объяснить полученнымъ имъ, будто-бы, „приказаніемъ“. Имѣются налицо анэстезія и анальгезія кожи; въ исключительныхъ случаяхъ существуетъ гиперэстезія. Пульсъ обыкновенно нѣсколько замедленъ; температура по большей части субнормальная.

Этотъ боязливый ступоръ можетъ вызываться меланхолическими, ипохондрическими или свойственными параноѣ бредовыми представленіями. При меланхоліи наблюдается бредъ грѣховности, преступности, доводящій до оцѣпенѣнія. Въ ипохондрическихъ состояніяхъ больныхъ гнететъ мысль о томъ, что у нихъ нѣтъ болѣе органовъ, что они изъ стекла и т. п. При бредѣ параноиковъ больной замираетъ въ неподвижности изъ страха передъ врагомъ, изъ опасенія обнаружить свое присутствіе. Иногда неподвижность параноика обусловливается тѣмъ, что ему кажется, будто враги держатъ его за языкъ, за руки или за другія части тѣла.

Къ этимъ бредовымъ представленіямъ въ наибольшемъ числѣ случаевъ присоединяются галлюцинаціи, усиливающія страхъ и неподвижность (delusional stupor—*Newington*'а). Одному видится, какъ передъ

---

[1]) ***Meyer***, Arch. f. Psych. т. 32, стр. 868. 1899.

его глазами убиваютъ его дѣтей; другіе мнятъ себя среди пожара, третьи воображаютъ себя въ пылу сраженія и боятся попасть подъ непріятельскій выстрѣлъ или подъ штыкъ. Иногда гласъ Божій повелѣваетъ больному оставаться недвижимымъ, или же больной слышитъ голоса своихъ преслѣдователей, угрожающіе ему тяжкими наказаніями при малѣйшемъ движеніи.

Боязливый ступоръ встрѣчается въ особенности при меланхоліи, но также и при галлюцинаторномъ бредѣ, алкоголизмѣ, въ депрессивныхъ періодахъ прогрессивнаго паралича, при истеріи и эпилепсіи. При двухъ послѣднихъ ступоръ иногда принимаетъ характеръ послѣ-истерическаго или послѣ-эпилептическаго разстройства или же эквивалента. Объ эпилептическомъ ступорѣ обыкновенно сохраняется лишь весьма смутное воспоминаніе. Въ другихъ случаяхъ ступора воспоминаніе рѣдко пропадаетъ вполнѣ, чаще сохраняется въ значительной долѣ. Иногда ступоръ переходитъ въ возбужденную запутанность, сопровождающуюся бредомъ, и лишь послѣ этого возвращается состояніе, бывшее до ступорознаго припадка.

Наивысшія степени этого боязливаго ступора издревле уже (Caelius aurelianus) были обозначены именемъ каталепсіи (отъ κατὰ λαμβάνειν, внезапно охватывать). Про больного говорили, что онъ stipitis sive trunci instar mortui ritu jacens.

Каталептическое состояніе можно вызвать искусственно у предрасположенныхъ къ нему субъектовъ помощью гипнотизма.

b) *Маніакальный ступоръ.*

Въ противоположность только что описаннымъ боязливымъ ступорознымъ состояніямъ, попадаются рѣдкіе случаи, въ которыхъ религіозныя бредовыя представленія съ радостнымъ содержаніемъ (быть на небѣ, бесѣдовать съ Богомъ) приводятъ больного въ восхищеніе и въ соотвѣтственное тому положеніе экстаза. При этомъ больные неподвижны, нѣмы, но черты лица ихъ выражаютъ внутреннее возбужденіе. Этотъ маніакальный ступоръ наблюдается въ особенности при истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ.

c) *Кататонический* [1]) *ступоръ* (*отрицающій ступоръ*).

Задержка, подавленіе движеній зависятъ здѣсь какъ бы отъ дѣйствія «тормаза» („Sperrung“ — *Kräpelin*'а). Затормаживаніе исходитъ изъ галлюцинацій и бредовыхъ представленій, сказываясь тѣмъ, что всякая попытка движенія тотчасъ же подавляется антагонистическими мышечными сокращеніями. Больной сидитъ или лежитъ съ зажатыми вѣками, помаргивая ими, когда онъ изъ-подъ нихъ выглядываетъ. Ротъ зачастую выпяченъ впередъ, причемъ губы сложены на-подобіе рыла (Schnautzkrampf). Голова нагнута впередъ, лицо и члены неподвижны, какъ у статуи. Боль-

[1]) Отъ κατὰ и τείνειν (напрягать): внезапное появленіе состоянія напряженія мускуловъ.

ной нѣмъ или же шепчетъ что-то непонятное. При попыткахъ придать его членамъ иное положеніе, больной оказываетъ сопротивленіе; послѣ насильственнаго измѣненія положенія члена, послѣдній очень скоро принимаетъ снова прежнее свое положеніе. Но онъ можетъ и удержать искусственно приданное ему положеніе, при боязливой формѣ ступора. Вообще существуютъ всевозможные переходы между боязливымъ и отрицающимъ ступоромъ; у одного и того же больного въ разное время находятъ то ту, то другую изъ этихъ формъ оцѣпенѣнія. Въ ступорозныхъ состояніяхъ повременамъ дѣло доходитъ и до быстрыхъ, насильственныхъ движеній: внезапное хватанье за стоящій около кровати стаканъ, выливаніе его содержимаго, произношеніе отрывочныхъ словъ, попытки встать съ постели и выскочить въ дверь. Движенія эти имѣютъ въ себѣ нѣчто импульсивное, принудительное и отличаются болѣе или менѣе стереотипнымъ характеромъ.

Мышцы тѣла, особенно брюшныя (прямыя мышцы живота) находятся въ состояніи напряженія. Какъ при боязливомъ ступорѣ, такъ и при ступорѣ кататоническомъ вниманіе сохранено, если и не вполнѣ, то все же въ значительной степени. Поэтому, по минованіи ступора, больные могутъ сообщить о происходившемъ съ ними во время припадка оцѣпенѣнія.

Послѣднее обстоятельство часто упускается изъ виду врачами и больничнымъ персоналомъ. Ступорозный и, по внѣшнему виду, вполнѣ безучастный больной заставляетъ думать, что онъ ничего не понимаетъ изъ происходящаго вокругъ него; но при выздоровленіи онъ непріятно удивляетъ разсказами о неделикатныхъ и неприличныхъ поступкахъ, совершенныхъ около него во время ступорознаго припадка. Возможность возникновенія вышеупомянутыхъ импульсивныхъ движеній даже въ сопровожденіи насильственныхъ поступковъ по отношенію къ самому себѣ дѣлаетъ къ тому же необходимымъ постоянное и тщательное наблюденіе за ступорознымъ больнымъ, несмотря на его неподвижность и кажущуюся неспособность къ какимъ-либо дѣйствіямъ.

Кататоническія мышечныя напряженія объясняются болѣзненными измѣненіями мышечнаго чувства, галлюцинаціями въ области этого чувства и кинэстетическихъ ощущеній. Наружное сопротивленіе, выражающееся защитительными движеніями отказа, *негативизма*, находится въ связи съ бредовыми представленіями ипохондрическаго характера или паранои. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больные, имѣвшіе спазмъ рта въ видѣ „рыла“, сообщали потомъ мнѣ, что они держали губы въ этомъ положеніи, чтобы помѣшать проникновенію въ ротъ ядовитыхъ веществъ.

Иногда больного побуждаютъ къ сопротивленію галлюцинаціи зрѣнія или слуха.

Кататонический ступоръ встрѣчается при ипохондрической меланхоліи и параноѣ, въ особенности въ періодѣ наступленія половой зрѣлости, далѣе у эпилептиковъ, паралитиковъ, иногда также при галлюцинаторномъ бредѣ.

d) *Гипотоническій ступоръ* (*anergic stupor—Newington'a*).

Въ этихъ случаяхъ затемнѣніе сознанія сопровождается ослабленіемъ мышечнаго тонуса—гипотоніей мускуловъ: выраженіе лица безсодержательное, пустое, безсмысленное; лицевые мускулы находятся въ состояніи гипотоніи или даже атоніи. Ротъ закрытъ, нижняя челюсть отвисаетъ, слюна вытекаетъ изо рта; вложенный въ ротъ кусокъ пищи остается неподвижнымъ. Испражненія и моча отходятъ непроизвольно.

Пассивныя движенія головы, туловища и конечностей не встрѣчаютъ сопротивленія. По прекращеніи дѣйствія внѣшней силы, голова и всякій другой членъ тѣла слѣдуютъ силѣ тяжести: приподнятая рука опускается и т. п.

Эта форма ступора особенно рѣзко выражена при остромъ слабоуміи (dementia acuta); ее наблюдаютъ и въ видѣ послѣ-эпилептическаго состоянія; иногда она показывается вслѣдъ за истерическими или паралитическими припадками и у алкоголиковъ.

Продолжительность ступорозныхъ состояній иногда не превышаетъ нѣсколькихъ минутъ и даже секундъ (особенно у истеричныхъ и эпилептичныхъ, иногда также при параноѣ и прогрессивномъ параличѣ), но она можетъ также достигать нѣсколькихъ недѣль и даже мѣсяцевъ.

Значительное ослабленіе сознанія до полнаго угасанія его наблюдается въ апоплектическомъ инсультѣ, въ эпилептическомъ припадкѣ, при отравленіяхъ (апоплектическая форма опьянѣнія). Оно, въ различныхъ степеняхъ своего проявленія, служитъ переходомъ въ смерть.

Низшую степень ослабленія сознанія составляетъ сонливость (somnolentia), за которой идутъ sopor, coma и, наконецъ, carus. Точнаго разграниченія между этими различными степенями потери сознанія не существуетъ. О сопорозномъ состояніи говорятъ тогда, когда сильныя раздраженія вызываютъ еще реакцію и кратковременное пробужденіе; въ коматозномъ состояніи эти раздраженія уже болѣе не дѣйствуютъ.

Затемнѣніе сознанія можетъ, наконецъ, сопровождаться такимъ усиленнымъ стремленіемъ къ движеніямъ, что получается внѣшняя картина неистовства.

Мы отличаемъ слѣдующія формы неистовства:

1. Маніакальная форма неистовства.

Больные скачутъ, пляшутъ, хлопаютъ въ ладоши, поютъ, смѣются, плачутъ, кричатъ; ихъ нельзя удержать въ постели; они рвутъ на себѣ одежды, расхаживаютъ голыми, барабанятъ въ дверь, разбиваютъ оконныя стекла, ломаютъ двери, разрушаютъ все, что не въ состояніи противостоять ихъ силѣ, нападаютъ на людей, приближающихся къ нимъ, особенно охотно хватаютъ за очки, за цѣпочку часовъ, бьютъ, наносятъ раненія.

Это психомоторное возбужденіе сопровождается обыкновенно пріятными ощущеніями, но оно можетъ вызываться и поддерживаться гнѣвными аффектами.

Выраженіе лица по большей части веселое, радостное, глаза свѣтятся особеннымъ блескомъ. Иллюзіи рѣдко отсутствуютъ; часто имѣются галлюцинаціи, особенно зрѣнія. Ощущенія органовъ чувствъ ослаблены или могутъ даже отсутствовать.

Чистѣйшую картину этого маніакальнаго неистовства можно наблюдать при маніи въ стадіи бѣшенства (stadium furiosum), иногда и въ періодической формѣ той же маніи и въ маніакальномъ періодѣ циркулярнаго помѣшательства. Она встрѣчается еще при галлюцинаторномъ бредѣ, въ маніакальномъ стадіи прогрессивнаго паралича (сопровождаясь лѣнивой зрачковой реакціей или же неподвижностью зрачковъ, разстройствомъ рѣчи, измѣненіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, апоплектиформными приступами), при психозахъ интоксикаціонныхъ, истерическихъ и эпилептическихъ.

2. Боязливая форма неистовства.

Больные кричатъ, стонутъ, воютъ, взываютъ къ помощи, кричатъ: „пожаръ“, „дайте воздуха“, „я задыхаюсь“; сдираютъ съ себя одежды, разрушаютъ все, что находится по ихъ близости, ранятъ тяжело себя и другихъ.

Лицо искажено и выражаетъ страхъ.

Иллюзіи и галлюцинаціи здѣсь всегда на-лицо.

Такое неистовство можетъ быть результатомъ крайняго усиленія боязливой меланхоліи; оно наступаетъ интеркуррирующимъ образомъ какъ острое усиленіе меланхолическаго страха (raptus melancholicus), случается также и при ипохондрической меланхоліи: больной боится, что воздухъ зачумленъ, что онъ долженъ сейчасъ умереть.

У параноиковъ неистовство можетъ также появляться преходящимъ образомъ подъ вліяніямъ страха мученій, уготовляемыхъ имъ ихъ мнимыми преслѣдователями.

Боязливое неистовство встрѣчается, далѣе, при прогрессивномъ параличѣ (меланхолически-ипохондрическій стадій), при старческомъ слабоуміи, галлюцинаторномъ бредѣ и разныхъ интоксикаціяхъ, въ особенности въ періодѣ воздержанія у алкоголиковъ и морфиномановъ.

Неистовствующіе эпилептики и алкоголики принадлежатъ къ самому опасному классу душевно-больныхъ. При эпилепсіи боязливое неистовство является нерѣдко въ видѣ послѣ-эпилептическаго психоза, иногда же какъ эпилептическій эквивалентъ.

Припадки неистовства могутъ оканчиваться въ нѣсколько минуттъ (см. mania transitoria), особенно при боязливой формѣ ихъ; но они могутъ также продолжаться часами, днями и даже мѣсяцами, съ короткими ремиссіями.

Быстрый переходъ въ смерть наблюдаютъ при неистовствѣ въ такъ называемомъ остромъ бредѣ (delirium acutum).

Сумеречныя состоянія, ступоръ, неистовство могутъ смѣнять другъ друга, переходить другъ въ друга: за сумеречнымъ состояніемъ можетъ

слѣдовать ступоръ, послѣдній же можетъ смѣняться неистовствомъ, и наоборотъ.

Иногда каждое изъ этихъ состояній заканчивается глубокимъ сномъ, чаще всего наблюдается при эпилептическихъ психозахъ, рѣже и въ менѣе рѣзкой формѣ при психозахъ истерическихъ.

VII. Разстройства самосознанія

возникаютъ:

1. Въ видѣ недостаточнаго или ненормальнаго развитія самосознанія у идіотовъ и при прирожденномъ слабоуміи (imbecillitas). Этого рода субъекты не способны пріобрѣтать понятія собственнымъ своимъ умомъ; имъ еще менѣе удается созданіе собственнаго *я*.

2. Только при нормальной ясности сознанія возможно нормальное самосознаніе. Послѣднее должно, слѣдовательно, претерпѣвать болѣзненное разстройство при всѣхъ вышеупомянутыхъ состояніяхъ, гдѣ оно такъ или иначе затемняется.

3. Разстройство самосознанія неминуемо наступаетъ тамъ, гдѣ правильность самосознанія нарушается не преходящимъ только образомъ, но постоянно. Вначалѣ *я* борется противъ этихъ неправильностей, но разъ болѣзненное состояніе держится, *я* въ концѣ концовъ не выдерживаетъ борьбы. Его преемственность съ прежде существовавшимъ *я* нарушается. Разстройство сознанія служитъ также исходной точкой тѣхъ состояній, при которыхъ больной думаетъ, что въ немъ сидитъ другая личность (alter ego), управляющая его поступками или мѣшающая имъ, удерживающая его языкъ, говорящая въ немъ и пр. (раздвоеніе личности).

4. Разъ разрушаются устои, на которыхъ зиждется понятіе о собственномъ своемъ *я*, то распадается и самосознаніе и дѣло, наконецъ, доходитъ до уничтоженія личности, до умственнаго ослабленія, до наивысшихъ степеней слабоумія.

5. Тамъ, гдѣ полная безсознательность, нѣтъ, конечно, болѣе самосознанія. Наоборотъ, въ этихъ случаяхъ можетъ все-таки сохраняться сознаніе, хотя и болѣзненное, извращенное, при отсутствіи самосознанія. Это наблюдается особенно въ разнаго рода сумеречныхъ состояніяхъ, въ которыхъ можетъ быть сохранено сознаніе, т. е. возможны умственные процессы при полномъ отсутствіи самосознанія.

Такъ какъ существенное содержаніе самосознанія заключается въ отношеніи *я* къ внѣшнему міру, то нарушенія самосознанія должны выражаться аномаліями поступковъ.

Многія изъ только что упомянутыхъ разстройствъ чувственныхъ воспріятій, мыслительныхъ процессовъ, ощущеній и содержанія самосознанія могутъ появляться случайно и лишь преходящимъ образомъ, а нѣкоторыя изъ нихъ могутъ даже принимать стойкій характеръ безъ того, чтобы возникала непремѣнно душевная болѣзнь. Но стойкое разстройство самосознанія уже всегда указываетъ на существованіе душевной болѣзни.

VIII. Разстройства въ сферѣ дѣйствій.

1. Рефлекторныя дѣйствія.

Значительно бо́льшую роль, чѣмъ у здоровыхъ людей, играютъ у душевно-больныхъ рефлекторныя дѣйствія, при которыхъ раздраженіе тотчасъ же вызываетъ соотвѣтственный поступокъ безъ вмѣшательства другихъ представленій, особенно такихъ, которыя рѣзче всего проявляются въ самосознаніи и потому опредѣляютъ личность, индивидуальность.

Раздраженіемъ тутъ можетъ служить чувственное впечатлѣніе, истинное или галлюцинаторное, и связанное съ нимъ или же воспроизводимое памятью представленіе, или же чувство и, наконецъ, извращеніе въ данный моментъ содержанія сознанія галлюцинаціями и бредовыми представленіями. Когда импульсомъ служатъ чувственныя ощущенія, то говорятъ о стремленіяхъ, влеченіяхъ (*Triebe*). Если же исходной точкой дѣйствій являются особенно сильныя (пріятныя или непріятныя) ощущенія, то соотвѣтственные поступки называютъ аффективными, совершенными подъ вліяніемъ аффекта. Ихъ рефлекторное происхожденіе выражается также и во внѣшней картинѣ, представляемой субъектомъ въ состояніи аффекта или эмоціи.

У душевно-больныхъ такія рефлекторныя дѣйствія возникаютъ:

а) Отъ недостаточной интенсивности заключающихся въ самосознаніи противоположныхъ, контрастирующихъ представленій; при всѣхъ состояніяхъ умственной слабости. Что касается совершаемыхъ при этомъ неприличныхъ поступковъ, то имъ благопріятствуетъ недостаточное развитіе, расшатанность или утрата нравственныхъ чувствъ (Urtheilsgefühle).

Нѣкоторые поступки на почвѣ такъ назыв. нравственнаго помѣшательства должны быть разсматриваемы какъ рефлекторныя явленія подъ вліяніемъ стремленій или аффектовъ, переходящія въ дѣйствіе безъ всякой задержки.

b) При затемнѣніяхъ сознанія. Въ сумеречныхъ состояніяхъ, въ которыхъ сохранена способность къ дѣятельности, чувственное впечатлѣніе тотчасъ же превращается въ дѣйствіе; или же продолжается дѣйствіе или занятіе, которымъ больной предавался прежде: музыкантъ продолжаетъ играть, портной продолжаетъ шить и проч. Дѣйствіе можетъ быть вызвано также представленіемъ, которое при нормальномъ состояніи сознанія было бы подавлено самосознаніемъ. Поэтому совершеніе какого-нибудь поступка въ подобномъ состояніи не можетъ служить доказательствомъ преднамѣренности его, мотивировки его личными условіями больного [1]).

Совершаемыя при такихъ обстоятельствахъ дѣйствія свойственны по преимуществу эпилептикамъ и алкоголикамъ, иногда также истерическимъ сумеречнымъ состояніямъ.

Если—какъ это бываетъ при маніакальномъ неистовствѣ—затемнѣніе сознанія связано съ болѣзненнымъ возбужденіемъ двигательныхъ импульсовъ, то раздраженіе, возникающее въ сферѣ чувственныхъ ощущеній,

---

1) *Moeli*, Zeitschr. f. Psych. т. 57, стр. 169. 1900.

тѣмъ легче переходитъ въ рефлекторныя дѣйствія и притомъ насильственнаго характера. При боязливомъ неистовствѣ дѣйствія соотвѣтствуютъ раздраженію мозга, находящагося въ состояніи чрезмѣрнаго аффекта.

c) На-подобіе „тиковъ“, свойственныхъ истеріи и хореи, и выражающихся въ ономатоманіи, копролаліи и т. п. Эти „тики“ наблюдаются и у душевно-больныхъ подъ вліяніемъ минутныхъ чувствъ (особенно мышечныхъ ощущеній) или представленій: по рефлексу произносятся отдѣльныя слова, совершаются тѣлодвиженія и поступки. Извѣстная доля такъ назыв. автоматическихъ движеній обусловливается рефлекторнымъ повтореніемъ нѣкоторыхъ ощущеній.

d) При извращеніи содержанія самосознанія съ сохраненіемъ внѣшней сознательности, чувственное впечатлѣніе, сопровождающееся аффектомъ, можетъ моментально перейти въ дѣйствіе. Галлюцинирующему параноику кажется, будто прохожій произноситъ ругательное слово—и онъ тотчасъ же даетъ ему пощечину. Другой параноикъ, при видѣ приближающагося къ нему господина, который только что плюнулъ на сторону, начинаетъ бить его.

e) Легкость возникновенія рефлекторныхъ дѣйствій характеризуетъ, далѣе, извѣстную категорію людей, стоящихъ на границѣ между здоровыми и душевно-больными и принадлежащихъ къ разряду наслѣдственныхъ психопатовъ. Внезапность, зачастую насильственность ихъ поступковъ, слѣдующихъ непосредственно за чувственнымъ раздраженіемъ, побужденіемъ или аффектомъ или же за воспроизводимымъ памятью въ данный моментъ представленіемъ,—уже показываютъ, что здѣсь между раздраженіемъ и дѣйствіемъ нѣтъ посредствующаго звена разсудительности.

2. Такъ называемыя произвольныя дѣйствія.

a) *Болѣзненное усиленіе дѣятельности.*

Его наблюдаютъ иногда въ пограничныхъ съ наслѣдственными психозами состояніяхъ, въ видѣ постояннаго метанія изъ стороны въ сторону. Одержимые имъ субъекты принимаются за все сгоряча, но, при своей неустойчивости, при постоянной смѣнѣ предпріятій, они ничего не доводятъ до конца съ успѣхомъ.

У душевно-больныхъ чрезмѣрное стремленіе къ дѣятельности проявляется въ очень чистой формѣ при гипоманіи (hypomania); далѣе, во всѣхъ маніакальныхъ состояніяхъ, особенно при самой маніи; въ маніакальномъ неистовствѣ оно проявляется уже безъ задержки, главнымъ же образомъ безъ вмѣшательства задерживающаго чувства мышечнаго утомленія. То же относится и къ маніакальному стадію циркулярнаго помѣшательства и прогрессивнаго паралича.

При боязливой формѣ неистовства усиленная дѣятельность проявляется защитительными движеніями противъ устрашающихъ галлюцинацій и бредовыхъ образовъ; или же она является какъ бы разряженіемъ наружу самаго страха.

У неустойчивыхъ, безпокойныхъ идіотовъ и у слабоумныхъ субъектовъ чрезмѣрная подвижность принимаетъ форму хронической маніи. При многихъ кататоническихъ состояніяхъ она, въ соединеніи съ ослабленіемъ умственныхъ способностей и недостаточной смѣной стремленій, порождаетъ нѣкоторыя изъ такъ назыв. стереотипныхъ движеній: кувырканье, непрестанное вскакиваніе на стулъ и соскакиваніе съ него, катаніе по полу, стучаніе въ дверь и проч.

b) *Болѣзненное ослабленіе дѣятельности до полнаго ея уничтоженія.*

Оно можетъ обусловливаться:

1. Ступоромъ (см. описаніе его). Паралитическое состояніе двигательнаго аппарата исключаетъ всякую способность къ дѣйствіямъ или же значительно ограничиваетъ ее.

2. Сопротивленіемъ каждому дѣйствію, приказываемому больному или же требуемому обстоятельствами (негативизмъ).

Больной не открываетъ глазъ, не разѣваетъ рта для ѣды даже при насильномъ побужденіи его къ этому; онъ не хочетъ двинуться съ мѣста и пр. Этотъ негативизмъ соотвѣтствуетъ иногда *упрямству* душевно-здоровыхъ дѣтей и, подобно послѣднему, нерѣдко обусловливается боязливостью. Упрямыя дѣти не хотятъ показать врачу языкъ, открыть рта или глазъ изъ боязни, что имъ причинятъ боль. Въ другихъ случаяхъ негативизмъ находится въ связи съ аномаліями мышечнаго чувства, напр. съ раздраженіемъ мышцъ, служащихъ антагонистами тѣхъ, сокращеніе которыхъ требуется для даннаго дѣйствія. Наконецъ, рѣшающее значеніе имѣютъ для негативизма и галлюцинаціи, особенно слуха („если ты двинешься, то станешь жертвою смерти“), или же ипохондрическія бредовыя представленія, напр. боязнь разбиться на кусочки, когда больной считаетъ себя состоящимъ изъ стекла и пр.

3. Общимъ подавленіемъ подвижности, свойственнымъ меланхолическому состоянію и обусловленнымъ психическою болью. Всякая умственная дѣятельность, всякое физическое усиліе вызываютъ боль или увеличиваютъ уже существующую боль.

4. Обманами чувствъ и бредовыми представленіями.

Ипохондрическаго больного нельзя побудить ни къ какой дѣятельности, потому что онъ считаетъ свои органы разрушенными, руки и ноги парализованными, потому что онъ не можетъ думать. Бредовыя представленія отрицанія („я не существую“, „міръ не существуетъ“) также имѣютъ послѣдствіемъ абсолютную бездѣятельность. Галлюцинаціи слуха могутъ запрещать больному всякую дѣятельность, даже малѣйшее движеніе; бредовыя представленія параноика принуждаютъ его порою придавать своему тѣлу извѣстныя положенія, изъ которыхъ его невозможно вывести.

Желаніе постоянно лежать въ постели въ большинствѣ случаевъ обосновано на ипохондрически-истерическихъ представленіяхъ. Больной не хочетъ покинуть постель изъ опасенія повредить своему здоровью или потому, что каждое движеніе причиняетъ ему боль.

5. Недостаточное развитіе умственныхъ способностей, также какъ и ослабленіе ихъ, отсутствіе рѣзко выраженныхъ представленій, способныхъ побуждать къ соотвѣтственному двигательному проявленію, ведетъ къ ограниченію всякой дѣятельности и, наконецъ, къ полной неспособности къ дѣйствіямъ. Остаются лишь нѣкоторыя, идущія по торнымъ путямъ проявленія условныхъ дѣйствій, которыя, повторяемыя иногда безцѣльно, могутъ принимать характеръ стереотипій; остается также подражаніе тому, что показываютъ, говорятъ или дѣлаютъ передъ больнымъ—безцѣльное повтореніе отрывочныхъ словъ или предложеній; сохраняются дѣйствія, необходимыя для удовлетворенія чувственныхъ ощущеній.

Наконецъ, исчезаютъ и эти послѣднія: возникаетъ апатическое слабоуміе, въ которомъ уничтожена всякая дѣятельность при наличности двигательнаго паралича или даже безъ него.

c) *Качественныя измѣненія въ сферѣ дѣйствій.*

Поскольку они не относятся къ вышеописаннымъ гиперкинезіи (a) и къ проявленію акинезіи (b), качественныя измѣненія поступковъ обнаруживаются въ слѣдующихъ состояніяхъ:

1. При заболѣваніяхъ нѣкоторыхъ центровъ органовъ чувствъ, причемъ возникаютъ явленія глухоты по отношенію къ словамъ, парафазія, паралексія, параграфія, парапраксія (смѣшиваніе предметовъ ежедневнаго употребленія), парамимія (выраженіе лица, не соотвѣтствующее настроенію духа).

2. Въ состояніи умственной запутанности (Verworrenheit).

3. Особымъ направленіемъ дѣйствій, опредѣляющимся галлюцинаціями или бредовыми представленіями (самоубійство у меланхоликовъ, мотовство у мегаломановъ, преслѣдованіе у параноиковъ, движенія защиты и сопротивленія — отдуваніе, плеваніе—у ипохондриковъ и пр.). Возникающія такимъ образомъ дѣйствія принимаютъ иногда—при появленіи или уже существованіи умственной слабости—своеобразныя формы привычныхъ движеній (*Kraepelin*): подпрыгиваніе, вытягиваніе прямо передъ собой всей верхней конечности для рукопожатія, держаніе ложки за кончикъ ея, надѣваніе одежды на изнанку, ношеніе необычныхъ костюмовъ.

4. При состояніяхъ, названныхъ нравственнымъ помѣшательствомъ.

Анализъ своеобразныхъ дѣйствій душевно-больныхъ составляетъ одну изъ главныхъ задачъ клиническаго наблюденія. Изъ разсказовъ выздоравливающихъ психопатовъ достаточно часто можно бываетъ убѣдиться, насколько самые «безсмысленные» на видъ поступки могутъ быть мотивированы—съ точки зрѣнія самого больного, конечно. Этотъ анализъ составляетъ въ особенности задачу эксперта въ судебно-медицинскихъ случаяхъ.

Приведемъ примѣръ.

Воровство можетъ проявиться у душевно-больныхъ при слѣдующихъ обстоятельствахъ:

1. Какъ рефлекторное дѣйствіе.

a) Въ состояніяхъ умственной слабости: слабоумный отъ рожденія, паралитикъ, старческое слабоуміе, пріобрѣтенное слабоуміе—вслѣдствіе эпилепсіи или алкоголизма. Субъекты эти берутъ лежащую передъ ними монету, колбасу, висящую въ лавкѣ, фрукты, продаваемые на улицѣ: тутъ за импульсомъ, вызываемымъ зрительнымъ впечатлѣніемъ, сейчасъ же слѣдуетъ дѣйствіе, не сдерживаемое соображеніями нравственности. Нѣкоторые больные, особенно паралитики и слабоумные старики, запрятываютъ въ карманъ даже предметы, лишенные всякой цѣнности—окурки, клочки бумаги и пр. (коллекціонерство, Sammeltrieb).

b) Въ сумеречныхъ состояніяхъ, особенно въ эпилептоидныхъ припадкахъ у эпилептиковъ или паралитиковъ, или же послѣ этихъ приступовъ, воровство совершается подъ вліяніемъ чувственнаго впечатлѣнія, то воспроизводимаго памятью представленія, которое при первомъ его возникновеніи сопряжено было съ желаніемъ обладать воруемымъ теперь предметомъ или уже сопровождалось мыслью о совершеніи покражи. Такъ происходятъ иногда тяжкіе виды воровства со взломомъ и пр., причемъ существуетъ парціальная или даже полная амнезія. Мнѣ пришлось быть экспертомъ въ случаѣ подражанія, въ сумеречномъ состояніи, поступку одного изъ дѣйствующихъ лицъ извѣстной пьесы Lindau—«Другой. Актеръ-эпилептикъ, игравшій въ этой пьесѣ, въ ту же ночь совершилъ воровство со взломомъ.

c) При истерическихъ психозахъ бываютъ покражи съ характеромъ такъ назыв. «тиковъ»; онѣ слѣдуютъ за припадкомъ страха и являются какъ бы разряженіемъ его. Переходомъ къ этимъ психопатіямъ служатъ покражи, совершаемыя беременными, тоже подъ вліяніемъ «тиковъ» или *причудъ*.

Украденные предметы зачастую ненужны; они потомъ выбрасываются больнымъ или же возвращаются имъ по принадлежности. Сюда относится извѣстная доля покражъ, совершаемыхъ въ магазинахъ. Благопріятствующимъ моментомъ для возникновенія этихъ тиковъ служатъ мѣсячныя.

2. Въ видѣ такъ назыв. произвольнаго дѣйствія.

a) Въ маніакальномъ состояніи, при гиноманіи, маніи, періодической маніи, въ маніакальномъ стадіи циркулярнаго помѣшательства. Здѣсь присвоеніе себѣ чужой собственности есть иногда выраженіе общаго позыва на дѣятельность. При быстротѣ ассоціаціоннаго процесса задерживающія, контрастирующія представленія не проявляются съ достаточной силой.

b) При умственной запутанности, рядомъ съ другими безцѣльными и безпорядочными дѣйствіями, могутъ, при случаѣ, совершаться и покражи.

c) Бредовыя представленія могутъ различными путями вести къ воровству. Параноикъ крадетъ, чтобы отомстить міру или извѣстному лицу. Другой параноикъ воруетъ, чтобы показать, что онъ, второй Мессія, можетъ все дѣлать безнаказанно. Паралитикъ въ бредѣ величія крадетъ, такъ какъ вѣдь ему, властелину вселенной, все принадлежитъ; онъ

совершаетъ покражу, чтобы подарить другому украденный предметъ, и удивляется, что изъ этого дѣлаютъ исторію.

d) При нравственномъ помѣшательствѣ наклонность къ воровству проявляется иногда уже въ дѣтствѣ («онъ воруетъ какъ сорока все, что плохо лежитъ»). Изъ этихъ больныхъ состоитъ извѣстная часть привычныхъ воровъ. Оказавшись впослѣдствіи неспособными къ честному труду, больные этого рода зачастую становятся привычными ворами.

e) Поводомъ къ воровству служатъ иногда нѣкоторые болѣзненные чувственные импульсы, напр. при такъ назыв. фетишизмѣ.

Въ одномъ случаѣ, который мнѣ пришлось наблюдать, пожилой, находившійся въ хорошихъ матеріальныхъ условіяхъ господинъ былъ пойманъ flagrante delicto при вытаскиваніи носового платка изъ кармана одной дамы. При домашнемъ обыскѣ у него (онъ былъ вдовецъ) нашли коллекцію изъ 87 бѣлыхъ дамскихъ носовыхъ платковъ, украденныхъ для онанистическихъ цѣлей. Этотъ больной могъ онанировать только при помощи уже бывшихъ въ употребленіи дамскихъ и притомъ бѣлыхъ платковъ. Онъ находился въ состояніи ослабленія умственныхъ способностей послѣ апоплектическаго припадка.

Подобнымъ же образомъ можно анализировать и другія преступныя дѣянія душевно-больныхъ, напр. поджигательства и пр.

IX. Разстройства рѣчи и письма: измѣненія въ выраженіи лица.

1. Нѣкоторые душевно-больные безмолвствуютъ. Молчаніе это можетъ зависѣть:

a) Отъ недостатка представленій, по крайней мѣрѣ настолько сильныхъ, чтобы требовать выраженія ихъ словами: *алогія*.

Алогія встрѣчается у идіотовъ и при апатическомъ слабоуміи.

b) Отъ состоянія оцѣпенѣнія или ступора. Здѣсь алогія обусловливается иногда неспособностью къ синтезу мыслей: „Я не зналъ что говорить“.

c) Отъ обмановъ чувствъ и бредовыхъ представленій.

Больной считаетъ себя недостойнымъ говорить; онъ боится обидѣть кого-нибудь своими словами, совершить оскорбленіе величества (меланхолическія бредовыя представленія); или думаетъ, что у него нѣтъ языка, нѣтъ гортани (бредъ отрицанія), что органы эти находятся во власти его враговъ; или же онъ боится говорить, чтобы не обнаружить врагамъ своего присутствія (бредъ паранои).

Такую вынужденную нѣмоту называютъ мутацизмомъ (mutacismus).

d) Отъ истерической анэстезіи въ области органовъ членораздѣльной рѣчи (подобной истерическому амаурозу, истерической глухотѣ и пр.), порождающей представленіе о невозможности привести въ движеніе органы рѣчи—истерическая нѣмота (mutismus) при истерическихъ и истеро-эпилептическихъ психозахъ.

e) Отъ недостаточнаго развитія двигательнаго центра рѣчи, вслѣдствіе также недостаточнаго развитія центра слуха (глухонѣмота), или же отъ пораженія, разрушенія двигательнаго центра рѣчи (двигательная афазія).

Первое встрѣчается у слабоумныхъ отъ рожденія и идіотовъ, иногда и у глухонѣмыхъ, ставшихъ впослѣдствіи душевно-больными; второе является слѣдствіемъ фокусныхъ мозговыхъ заболѣваній при разныхъ органическихъ психозахъ.

f) Отъ разрушенія двигательныхъ проводниковъ мышечныхъ сокращеній, необходимыхъ для членораздѣльной рѣчи—*анартрическая нѣмота* (при разныхъ органическихъ психозахъ: прогрессивный параличъ, старческое слабоуміе, послѣ-эпилептическіе психозы).

2. У говорящихъ душевно-больныхъ можетъ наблюдаться разстройство рѣчи, обусловленное:

a) Болѣзненнымъ нарушеніемъ представленій.

Это проявляется рѣзче всего въ состояніяхъ умственной запутанности (Verworrenheit), при которыхъ ассоціація представленій совершается безпорядочно, не по нормальнымъ законамъ, соотвѣтственно чему путаются и слова.

Подобное же происходитъ, когда ассоціаціонные ряды возникаютъ по созвучію словъ (Ѳемида, Ѳемистоклъ и пр.) или по извѣстнымъ внѣшнимъ признакамъ (пѣснь, зданіе оперы), или же насильственно рифмуются между собою (особенно часто въ маніакальныхъ состояніяхъ и при острыхъ отравленіяхъ, преимущественно при алкогольномъ).

Рѣчь можетъ казаться ненормальной и отъ высказыванія больнымъ бредовыхъ представленій (dysphrasia vesana).

При этомъ—въ особенности у параноиковъ, въ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ, у алкоголиковъ, при прогрессивномъ параличѣ—дѣло доходитъ иногда до сочинительства новыхъ словъ или *неологизмовъ* („создатель хрониксила“, „акузматика“ и пр.), по большей части въ соединеніи съ галлюцинаціями слуха, или же до своеобразныхъ, нелѣпыхъ сочетаній ряда прилагательныхъ съ какимъ-нибудь существительнымъ: „поющее, летящее, шумящее воздушное давленіе“.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ аномалія рѣчи сказывается въ томъ, что, вмѣсто роднаго языка, больной начинаетъ говорить—иногда весьма недурно—на какомъ-нибудь иностранномъ языкѣ. Одинъ изъ моихъ паціентовъ, страдавшій періодической маніей, говорилъ только по французски во время припадка; одна учительница народной школы говорила тоже лишь на французскомъ языкѣ, находясь въ истерическомъ психозѣ; одинъ паралитикъ, всегда говорившій прежде на сѣверно-нѣмецкомъ нарѣчіи, сталъ говорить на южно-нѣмецкомъ нарѣчіи въ начальномъ стадіи общаго паралича.

b) Болѣзненнымъ разстройствомъ представленій, зависящимъ отъ раздраженія или паралитическаго состоянія корковаго центра рѣчи.

Сюда относится постоянное повтореніе однихъ и тѣхъ же словъ или

фразъ (Verbigeriren — *Kahlbaum*'а.) [1]). Слова эти произносятся то ритмически, то безъ ритма, сопровождаясь порою престранными гримасами и тѣлодвиженіями, часто говорятся съ извѣстнымъ пафосомъ, рѣзко противорѣчащимъ безсмысленнымъ повтореніямъ.

Вербигерація наблюдается при кататоническихъ состояніяхъ, при эпилептическомъ и кататоническомъ бредѣ, при прогрессивномъ параличѣ (особенно послѣ паралитическихъ приступовъ), при старческомъ слабоуміи. Здѣсь повтореніе все тѣхъ же словъ обусловливается, вѣроятно, состояніемъ раздраженія центра рѣчи. То же должно имѣть мѣсто и при той формѣ эхолаліи, при которой больной повторяетъ только что услышанное имъ. Эту эхолалію, встрѣчающуюся при психозахъ, находящихся въ связи съ Виттовой пляской, а также при кататоническихъ состояніяхъ, надобно отличать отъ эхолаліи у слабоумныхъ, о которой сейчасъ будетъ сказано. Раздраженіе центра рѣчи имѣется и при галлюцинаторной эхолаліи, когда больной принужденъ повторять галлюцинируемое имъ слово.

При персеверація (perseveratio — *Neisser*'а) [2]) слѣдуетъ принять, наоборотъ, существованіе паретическаго состоянія центра рѣчи. Здѣсь имѣется дѣло какъ бы съ застрѣваніемъ въ центрѣ рѣчи соотвѣтственныхъ двигательныхъ представленій: больной правильно отвѣчаетъ на первый вопросъ, но на слѣдующіе даетъ все тотъ же отвѣтъ. Иногда и первый отвѣтъ уже неправиленъ.

Персеверація часто наблюдается въ теченіи афазіи, а переходомъ къ ней служитъ физіологическое явленіе вплетанія въ рѣчь извѣстныхъ словъ или слоговъ (angophrasia — *Kussmaul*'я). Персеверація встрѣчается при тѣхъ же состояніяхъ, что и вербигерація, иногда чередуясь съ послѣднею. Персеверацію наблюдаютъ также въ сумеречныхъ состояніяхъ сознанія, при опухоляхъ мозга, прогрессивномъ параличѣ и старческомъ слабоуміи; по большей части послѣ паралитическихъ приступовъ.

c) Болѣзненными процессами въ центрѣ рѣчи. Эхолалія слабоумныхъ представляетъ собою, собственно говоря, рефлексъ съ центра слуха на центръ рѣчи. Такіе больные повторяютъ, какъ фонографъ, услышанное ими. Выраженіемъ раздраженія или „тика“ аппарата рѣчи у нихъ является порывистое произнесеніе отдѣльныхъ словъ, въ особенности въ психозахъ, связанныхъ съ хореей и эпилепсіей — *ономатоманія* или же *копролалія* при произнесеніи неприличныхъ, грязныхъ словъ. У здоровыхъ людей ономатоманія является зачастую результатомъ привычки (привычное повтореніе какого-нибудь слова или выраженія посреди другихъ фразъ). Паралитическія состоянія въ чувственномъ аппаратѣ рѣчи проявляются въ формѣ глухоты по отношенію къ словамъ (Worttaubheit), причемъ отъ недостаточнаго пониманія задаваемыхъ вопросовъ и отвѣты могутъ казаться совершенно безсмысленными, или же они извращаются парафазіей.

---

[1]) *Neisser*, Zeitschr. f. Psych. т. 46, стр. 168, 1890.
[2]) *v. Sölder*, Jahrb. f. Psych., стр. 479, 1899.

Глухота по отношенію къ словамъ, въ связи съ парафазіей или безъ нея, иногда ошибочно принималась за психозъ съ запутанностью мыслей. Больной, дающій, вслѣдствіе своей словесной глухоты, безсмысленные отвѣты на поставленные ему вопросы—нерѣдко не узнаетъ предметовъ, не понимаетъ ихъ значенія и цѣли. Поэтому онъ можетъ совершать самые безсмысленные поступки: совать себѣ въ ротъ гребенку, пробовать ѣсть супъ руками и пр. Ничего нѣтъ, стало быть, удивительнаго въ томъ, что его могутъ принимать за помѣшаннаго, тогда какъ на самомъ дѣлѣ у него только фокусное пораженіе мозга.

Точное изслѣдованіе его психическаго состоянія, его периферической нервной системы (правый гемипарезъ) и апоплектическій характеръ первыхъ признаковъ заболѣванія позволятъ въ такомъ случаѣ установить діагностику фокуснаго мозгового пораженія. Интеркуррирующимъ образомъ, какъ осложненія, такія состоянія появляются при органическихъ психозахъ, при опухоляхъ мозга, при сифилитическихъ психозахъ и при прогрессивномъ параличѣ.

d) По отношенію къ скорости членораздѣльной рѣчи различаютъ *слишкомъ быструю рѣчь* (logorrhoea), могущую доходить до настоящаго *бреда языка* (tumultus sermonis), какъ, напр., въ маніакальномъ состояніи. Противоположностью этому является черезчуръ *медленная рѣчь* (bradyphrasia), особенно у меланхоликовъ, въ кататоническихъ состояніяхъ, при прогрессивномъ параличѣ, опухоляхъ мозга и вторичномъ слабоуміи.

e) Измѣненія грамматическаго образованія предложеній (agrammatismus, akataphasia) сказываются постояннымъ употребленіемъ глаголовъ въ неопредѣленномъ наклоненіи или тѣмъ, что опускаются связующія слова, смѣшиваются между собой предложенія, невѣрно употребляются предлоги, мѣстоименія и пр. Это наблюдается въ особенности у идіотовъ и при органическихъ психозахъ съ апатическимъ настроеніемъ.

f) Слѣдуетъ также упомянуть о *заиканіи* (dysarthria syllabaris) и о *запинаніи* (dysarthria literalis). При послѣднемъ, вмѣсто одного согласнаго произносится другое; чаще всего вмѣсто *р* (pararhotacismus) или *с* (parasigmatismus) произносится *л*, *в*, *ф* или *ж*. Заиканіе и запинаніе наблюдаются по преимуществу у идіотовъ; запинаніе встрѣчается также при органическихъ психозахъ, часто послѣ апоплектическихъ припадковъ.

g) Тонъ голоса иногда слабъ, похожъ на шепотъ, однообразенъ—при боязливыхъ состояніяхъ; иногда онъ, наоборотъ, громокъ, рѣзокъ, особенно въ маніакальныхъ состояніяхъ — вслѣдствіе неполнаго замыканія голосовой щели. Онъ становится гнусливымъ при парезѣ мягкаго неба, низкимъ — при вялости и атрофіи голосовыхъ связокъ (органическіе психозы—прогрессивный параличъ), блеющимъ (эгофонія) при истерическихъ психозахъ.

У паралитиковъ замѣчается другое, болѣе сложное разстройство рѣчи, о которомъ будетъ сказано при описаніи общаго паралича.

Писанія [1]) душевно-больныхъ соотвѣтствуютъ по своему содержанію характеру рѣчи.

Рукописи ихъ иногда потому драгоцѣнны, что многіе больные повѣряютъ бумагѣ то, о чемъ они боятся говорить (при наличности галлюцинацій).

Обращеніе особеннаго вниманія на нѣкоторыя слова, подчеркиваніе ихъ, даетъ часто указанія на преобладающую систему бредовыхъ идей, которая можетъ также выражаться кабалистическими знаками, шифрованнымъ письмомъ и т. п.

Вербигерація и персеверація сказываются на бумагѣ такъ же, какъ и въ рѣчахъ.

Нерѣдко первыя строчки писаній интактны по своему содержанію и лишь въ дальнѣйшихъ строчкахъ проявляется болѣзненное разстройство.

Въ связи съ бредовыми представленіями и галлюцинаціями появляется иногда принудительное, навязчивое письмо. Больной утверждаетъ, что другой водитъ его рукой, заставляя его писать слова или предложенія, о которыхъ самъ больной ничего не знаетъ и которыхъ онъ писать не хотѣлъ.

Въ самой формѣ писаній маніакальное состояніе проявляется многократнымъ подчеркиваніемъ словъ, многочисленными знаками восклицанія, приписками для ускоренія передачи письма („отправить по пнейматической почтѣ“, „чрезъ нарочнаго“), чернильными пятнами и другими неряшливостями. Микроманія сказывается иногда необыкновенно мелкимъ почеркомъ, параноя (особенно при бредѣ сутяжничества) — чрезмѣрной обстоятельностью и содержательностью, неологизмами и пр., прогрессивный параличъ—пропусками буквъ и слоговъ или перемѣщеніемъ ихъ (какъ при запинаніи въ слогахъ). Наконецъ, дѣло доходитъ до забвенія письменныхъ знаковъ — больной скребетъ бумагу безпорядочно, безсмысленно.

Форма начертанныхъ буквъ можетъ измѣняться патологически или оттого, что почеркъ становится атактическимъ (почеркъ взрослыхъ приближается къ дѣтскому или отличается чрезмѣрнымъ вырисовываніемъ буквъ, кривизной строчекъ, зигзагообразной формой тонкихъ чертъ и проч.) или дрожательнымъ (прогрессивный параличъ, алкоголизмъ, старческое слабоуміе).

Зеркальное письмо (названное такъ потому, что читать его приходится помощью зеркала) встрѣчается у прирожденно слабоумныхъ, у паралитиковъ, особенно же при апоплектическихъ психозахъ. Больной пишетъ справа влѣво.

Есть больные, произносящіе слова въ обратномъ порядкѣ (*зеркальная рѣчь*): они выговариваютъ сначала послѣднюю букву, потомъ слѣдующія въ томъ же обратномъ направленіи, такъ что первая буква явля-

---

[1]) *Erlenmeyer*, Die Schrift. Stuttgart 1879.

ется послѣдней: напр., вмѣсто слова „матерь“, они говорятъ „ретамъ“. Извѣстно, что такая зеркальная рѣчь иногда въ употребленіи среди школьныхъ дѣтей.

4. Выраженіе лица у душевно-больныхъ можетъ быть:

a) Маніакальное—при живой мимикѣ, блестящихъ глазахъ, крайней подвижности взгляда.

Особенной живостью отличается игра мышцъ большихъ скуловыхъ, пирамидальныхъ носа и круговыхъ вѣкъ (mm. zygomatici majores, pyramidalis nasi, orbiculares palpebrarum), какъ выраженіе внутренняго возбужденія въ связи съ ощущеніемъ удовольствія.

b) Подавленное выраженіе лица. Лицевые мускулы находятся въ гипотоническомъ состояніи. Лобная мышца сокращена, такъ что лобъ изборожденъ продольными морщинами, къ которымъ присоединяются еще вертикальныя складки отъ сокращенія надбровныхъ мускуловъ и сближенія между собой внутреннихъ краевъ бровей. Глазное яблоко лишено блеска, матовое, такъ какъ расщелины вѣкъ съужены сокращеніемъ круговыхъ мышцъ, а отдѣленіе слезъ уменьшено. Ротъ закрытъ, но углы его часто опущены.

c) Наблюдающее выраженіе. Лицо выражаетъ напряженное ожиданіе, уши „навострены“, глаза устремлены, фиксированы—особенно у галлюцинантовъ, слѣдящихъ за своими галлюцинаціями или иллюзіями.

d) Тупое, слабоумное выраженіе. Мышцы лица гипотоничны, взглядъ безсодержателенъ, безучастенъ, ротъ полуоткрытъ—изъ него течетъ слюна, причемъ иногда больной какъ бы улыбается (слабоуміе, см. также гипотонической ступоръ).

e) Объ особомъ выраженіи лица упоминалось выше при описаніи ступора.

X. Болѣзненныя разстройства тѣлеснаго состоянія.

1. Черепъ и такъ называемые физическіе признаки вырожденія.

На живыхъ субъектахъ опредѣляютъ слѣдующіе размѣры черепа [1]):

a) *Горизонтальная окружность* измѣряется стальной лентой, прикладываемой непосредственно надъ надбровными дугами и къ наиболѣе выдающейся точкѣ затылка. Изъ найденной при этомъ цифры слѣдуетъ вычесть 20 миллиметровъ (30 миллиметровъ, имѣя дѣло съ тучной женской головой), для полученія горизонтальной окружности голаго черепа.

Средній размѣръ горизонтальной окружности черепа 521 мм. у мужчинъ и 503 мм. у женщинъ.

Правильные черепа, горизонтальная окружность которыхъ превышаетъ 550 мм., называются *кефалонами*. Ихъ не надобно смѣшивать съ чере-

---

[1]) *Rieger*, Eine exacte Methode der Kraniographie. Jena 1885.

пами, размѣры которыхъ увеличены вслѣдствіе гиперостозовъ или гидроцефаліи.

Когда горизонтальная окружность черепа меньше 462 мм., то имѣется дѣло съ *микроцефаліей* (*нанноцефаліей*).

d) Наибольшій продольный діаметръ (длинникъ—L) черепа измѣряется циркулемъ отъ середины надбровной дуги до самой выдающейся точки затылка.

Онъ составляетъ (за вычетомъ 20—30 мм., приходящихся на мягкія части) 18,3 стм. у мужчинъ и 17,8 стм. у женщинъ.

c) Наибольшій поперечный діаметръ (поперечникъ—B) измѣряется линейнымъ циркулемъ съ передвижными показателями, приставляемымъ перпендикулярно къ сагиттальной плоскости, при исключеніи остистаго отростка и задняго височнаго гребня.

Конечныя точки измѣряемаго поперечника должны находиться на одной горизонтальной линіи.

За вычетомъ 5 мм. (мягкіе покровы) поперечникъ этотъ равенъ, среднимъ числомъ, 15 стм. у мужчинъ и 14 стм. у женщинъ.

Смотря по продольно-поперечному показателю $\left(\frac{100\ B}{L}\right)$, черепа раздѣляются на:

долихоцефалическіе	продольно-поперечный показатель	до 75
мезоцефалическіе	„ „	75,0 „ 79,9
брахицефалическіе	„ „	80,1 „ 85,0
гипербрахицефалическіе . .	„ „	85,1 и свыше.

b) Профильный уголъ опредѣляется наклоненіемъ линіи профиля къ горизонтальной плоскости черепа.

Уголъ этотъ составляетъ 82° въ прогнатическомъ, 83—90° въ мезогнатическомъ и 90° въ гиперортогнатическомъ черепахъ.

Сколько-нибудь важнаго значенія для психіатра эти черепные размѣры до сихъ поръ еще не пріобрѣли. Тѣмъ не менѣе никогда не слѣдуетъ пренебрегать точнымъ изслѣдованіемъ измѣненій формы черепа. Вообще можно сказать, что у душевно-больныхъ относительно часто встрѣчаются максимальные и минимальные черепные размѣры.

Особеннаго вниманія заслуживаютъ слѣдующія аномаліи размѣровъ черепа:

1. *Микроцефалическій черепъ* (у идіотовъ). Онъ съуженъ кпереди, уши отстоятъ отъ головы, глаза очень приближены къ основанію носа, нижняя челюсть сильно выдается, ушныя раковины сплюснуты, какъ бы срѣзаны (корноухость) сзади и сверху впередъ и внизъ.

2. *Гидроцефалическая форма* (у прирожденно слабоумныхъ и идіотовъ). Лобъ широкъ, лицо маленькое, глаза направлены внизъ, подбородокъ и нижняя челюсть узки.

3. *Монголовидный* или *калмыцкій типъ*. Надбровныя дуги ниже обыкновеннаго, внутренній уголъ глаза направленъ вкось къ корню носа.

Голова узка и кругла, лицо сплющено, носъ тупой, спинка носа плоская.

4. *Кретинный черепъ* (см. описаніе кретинизма).

5. *Прогенейный черепъ* (progenee Schädel—*L. Meyer*'а). Нижняя челюсть выдается, такъ что рѣзцы и клыки ея совершенно заходятъ впередъ за соотвѣтственные зубы верхней челюсти—при закрытомъ ртѣ. Лобъ сильно выпяченъ, лицо узкое и плоское, затылокъ слабо развитъ, выйная связка (ligamentum nuchae) уплощена (у прирожденно слабоумныхъ, но зачастую и у душевно-здоровыхъ).

6. Разныя формы *косого черепа* (plagiocephalia), для опредѣленія которыхъ еще недостаетъ точнаго метода. Черепъ особенно развитъ съ одной стороны—спереди, съ другой стороны—сзади. Принимать во вниманіе слѣдуетъ только значительныя степени косого развитія черепа, въ виду того, что неравномѣрное развитіе обѣихъ половинъ черепа часто встрѣчается и у совершенно нормальныхъ въ душевномъ отношеніи субъектовъ.

7. *Натицефаличный черепъ* (natichéphalie—*Parrot*) или черепъ въ формѣ ягодицъ (наслѣдственный сифилисъ).

8. *Сѣдлообразная голова.* У верхняго края лобной кости, вдоль вѣнечнаго шва, видно глубокое вдавленіе, продолжающееся кзади въ лобной плоскости (прирожденное слабоуміе).

9. *Лобъ, откошенный назадъ или впередъ.* Первое означаетъ съуженіе лобной части мозга, которое, однако, часто компенсируется увеличенной выпуклостью кости.

Измѣненія формы ушныхъ раковинъ [1]) слѣдующія:

1. Прикрѣпленіе ушныхъ раковинъ то болѣе кпереди, то болѣе кзади; разная величина обѣихъ ушныхъ раковинъ, отсутствіе ушной мочки, приращеніе ушныхъ раковинъ.

2. *Дарвиновскій типъ заостреннаго уха.* При немъ недостаетъ въ helix переходной части отъ поперечной къ нисходящей долѣ, такъ что свободный край ушного хряща заостренъ кверху и кнаружи, причемъ helix у наружнаго края ушной раковины усѣяна узелками.

3. *Шталевскій типъ уха* (das *Stal*'sche Ohr). Helix закрываетъ fossam ovalem и верхнюю часть fossae scaphoideae.

4. *Вильдермутовское ухо* (das *Wildermuth*'sche Ohr). Anthelix выпяченъ, helix отогнутъ кзади и внизъ.

5. *Морелевское ухо* (*Morel*). Большое ухо, особенно въ верхней своей части. Crus superior расширена и такъ плохо развита, что еле замѣтна. Scapha superior велика и широка.

Со стороны *глазъ* приводятся слѣдующіе признаки вырожденія:

Узкія, нѣсколько косыя расщелины вѣкъ монголоиднаго характера, зачатки membranae nictitantis, микрофтальмія, полное или частичное

---

[1]) *Schwalbe*, Arch. f. Psych. т. 32, стр. 633.

отсутствіе радужной оболочки (iridoremia), нѣсколько отверстій въ радужной оболочкѣ (polycoria), эксцентричное положеніе зрачковъ (korectopia), непроболеніе радужной оболочки (akoria), heterochroma iridis (различное окрашеніе радужной оболочки съ обѣихъ сторонъ), прирожденныя катаракты.

На *губахъ*: заячья губа.

На *твердомъ небѣ*: волчья пасть, асимметрія, слишкомъ высокое и крутое твердое небо (значеніе его сомнительно). Утолщеніе небныхъ отростковъ и горизонтальныхъ частей кости посрединѣ неба (torus palatinus: килевидный, узкій, широкій), раздвоеніе язычка.

На *зубахъ*: аномаліи формы, величины (нанизмъ, гигантизмъ), числа, причемъ могутъ отсутствовать крайній рѣзецъ или зубъ мудрости или же имѣются лишніе зубы; аномаліи положенія и строенія (выемки, erosiones).

Иногда на искривленныхъ верхнихъ среднихъ рѣзцахъ наблюдаются винтообразныя выемки (*Hutchinson*'овскіе зубы, встрѣчающіеся преимущественно, но не исключительно при наслѣдственномъ сифилисѣ).

На *рукахъ* и *ногахъ*: полидактилія, мегалодактилія, брахидактилія, эктродактилія (уменьшеніе числа пальцевъ), синдактилія (сращеніе пальцевъ); на ногахъ pes varus разныхъ степеней и видовъ.

Въ *кожѣ*: чрезмѣрное развитіе волосъ на груди, на спинѣ, отсутствіе волосъ на головѣ, отсутствіе бороды въ юношескомъ возрастѣ.

Въ *половыхъ органахъ*: гипоспадія, эписпадія, крипторхизмъ; у женщинъ—чрезмѣрно большой похотникъ, дѣвственная плева на-подобіе двухъ губъ или съ эксцентрично расположеннымъ отверстіемъ, поперечное закрытіе влагалища.

Эти такъ называемые *признаки вырожденія* могутъ претендовать на извѣстное патологическое значеніе при душевныхъ болѣзняхъ лишь тогда, когда ихъ находятъ не въ отдѣльности, но въ нѣкоторомъ числѣ у одного и того же субъекта. Дѣло въ томъ, что въ отдѣльности они встрѣчаются у очень многихъ душевно-здоровыхъ людей. Переоѣнивая ихъ значеніе, можно усматривать повсюду „вырожденіе“. Они все же особенно часто встрѣчаются у идіотовъ, но могутъ также наблюдаться при различнѣйшихъ пріобрѣтенныхъ душевныхъ болѣзняхъ. Когда ихъ много въ данномъ случаѣ, то они обыкновенно указываютъ на тяжелую психопатическую наслѣдственность.

2. Разстройства периферическихъ чувственныхъ аппаратовъ.

Измѣненія въ периферическихъ приборахъ органовъ обоняніа и вкуса не имѣютъ особеннаго симптоматическаго значенія для душевныхъ болѣзней; прирожденныя же измѣненія органа слуха нарушаютъ по большей части умственное развитіе.

На измѣненіяхъ органа зрѣнія слѣдуетъ нѣсколько остановиться.

Надежды, возложенныя на примѣненіе глазного зеркала къ изученію функціональныхъ душевныхъ болѣзней до сихъ поръ не оправдались.

Зато офтальмоскопъ открываетъ присутствіе застойнаго сосочка при психозахъ отъ фокуснаго пораженія мозга, атрофію зрительнаго нерва при прогрессивномъ параличѣ, алкогольный и альбуминурическій нейритъ оптическаго нерва при алкогольныхъ и урэмическихъ психозахъ, разныя сифилитическія пораженія, присутствіе пузырчатыхъ глистъ (цистицерковъ), т. е. измѣненія глазного дна, могущія имѣть значеніе для психіатрической клиники.

Зрачки при психозахъ могутъ быть нормальны, различествовать другъ отъ друга, сильно съужены (miosis), сильно расширены (mydriasis). Они могутъ не реагировать на свѣтъ и аккомодацію или же оставаться неподвижными только по отношенію къ свѣтовымъ раздраженіямъ, сокращаясь при аккомодаціи.

При неравенствѣ зрачковъ прежде всего слѣдуетъ опредѣлить, нѣтъ-ли въ данномъ случаѣ какого-нибудь мѣстнаго пораженія глаза, въ особенности различной преломляемости обоихъ глазъ, обусловливающей это неравенство. Если нѣтъ, то такое неравенство, замѣченное уже съ дѣтства, можетъ сопровождать неравномѣрное развитіе (съ обѣихъ сторонъ) черепа (плагіоцефалію). Неравные зрачки встрѣчаются, далѣе, преходящимъ образомъ при различнѣйшихъ функціональныхъ психозахъ, нерѣдко и въ конечномъ стадіи вторичнаго слабоумія. Въ соединеніи съ другими паралитическими состояніями зрачковое неравенство часто появляется при органическихъ душевныхъ болѣзняхъ, въ особенности у паралитиковъ. Симптоматическое значеніе этого явленія усугубляется при измѣнчивости степени его или когда расширяется попеременно то одинъ, то другой зрачекъ.

Miosis часто бываетъ просто старческимъ явленіемъ или вызывается дѣйствіемъ нѣкоторыхъ лекарственныхъ средствъ, каковы морфій и хлоралъ.

Существованіе у душевно-больныхъ зрачковъ величиной съ булавочную головку указываетъ на органическій психозъ, по большей части на прогрессивный параличъ.

Mydriasis, особенно если она показывается попеременно то въ одномъ, то въ другомъ глазу, также служитъ по большей части признакомъ развивающагося или уже развившагося прогрессивнаго паралича.

Иногда расширенные зрачки наблюдаются преходящимъ образомъ у эпилептиковъ или въ состояніи умственной запутанности (Verwirrtheit).

Утрата способности зрачковъ сокращаться подъ вліяніемъ свѣта и аккомодаціи указываетъ обыкновенно на тяжелое органическое пораженіе мозга, если только не имѣется дѣло съ периферическимъ или ядернымъ пораженіемъ n. oculomotorii.

Признакъ *Robertson'a* (отсутствіе сокращенія зрачка при прямомъ дѣйствіи свѣта, тогда какъ зрачекъ продолжаетъ реагировать при конвергирующихъ движеніяхъ глазныхъ яблокъ) особенно часто встрѣчается при прогрессивномъ параличѣ, затѣмъ при сифилитическихъ психозахъ (чаще всего при сифилитическомъ базальномъ менингитѣ), далѣе иногда при старческомъ слабоуміи, при алкогольномъ полинейритѣ и нѣкоторыхъ фокусныхъ

пораженіяхъ мозга. Преходящимъ образомъ оно показывается во время эпилептическаго припадка (въ исключительныхъ случаяхъ—въ истеро-эпилептическомъ приступѣ—*Westphal*), наконецъ, въ состояніи глубокаго опьянѣнія.

При названныхъ болѣзняхъ часто отсутствуетъ также расширеніе зрачковъ, возникающее при нормальныхъ условіяхъ подъ вліяніемъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ [1]).

Лѣнивая зрачковая реакція встрѣчается зачастую преходящимъ образомъ при различнѣйшихъ психозахъ, особенно эпилептическихъ. При вторичномъ слабоуміи наблюдаютъ порой обратное явленіе, именно усиленіе зрачковой реакціи на свѣтъ.

Иногда (при прогрессивномъ параличѣ) находятъ обратный типъ (typus inversus) зрачковой свѣтовой реакціи: зрачекъ расширяется на свѣтъ (парадоксальная зрачковая реакція). Однако, болѣе внимательное наблюденіе показываетъ, что здѣсь въ первый моментъ происходитъ съуженіе зрачка, которое, вслѣдствіе слабости иннервації, быстро уступаетъ мѣсто расширенію.

При неподвижности зрачковъ по отношенію къ свѣтовымъ раздраженіямъ (зрачковая окоченѣлость) можетъ наступать съуженіе зрачка при энергическомъ сокращеніи круговой мышцы (*Wetsphal*, *Pilz*) [2]).

Постоянное измѣненіе ширины зрачковъ въ одномъ глазѣ или въ обоихъ глазахъ (hippus) составляетъ рѣдкое явленіе. Оно наблюдается во время судорожныхъ эпилептическихъ или истерическихъ припадковъ, иногда при травматическихъ психозахъ.

3. Разстройства чувствительности.

Головныя боли—то во лбу, то въ затылкѣ, то въ темени—очень часты въ стадіи предвѣстниковъ и въ начальномъ стадіи функціональныхъ психозовъ, въ истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ; боли эти исчезаютъ на высотѣ болѣзни, чтобы вновь появиться въ періодѣ выздоровленія.

Мигрень, существовавшая до психическаго заболѣванія, также прекращается при наступленіи душевнаго разстройства, чтобы снова появиться послѣ выздоровленія.

Гиперэстезія и нейральгическія боли часты у ипохондриковъ и истеричныхъ, но разстройства эти не позволяютъ, однако, установить какой-нибудь связи между опредѣленными нервными путями и извѣстными бредовыми представленіями. При интоксикаціонныхъ психозахъ (алкоголь, діабетъ, альбуминурія) нейриты могутъ вызывать всевозможныя гиперэстезіи и боли нейральгическаго типа.

Разстройства сознанія у больного часто дѣлаютъ невозможнымъ опре-

---

[1]) *Moeli*, Arch. f. Psych. т. 13, стр. 602.
[2]) Neurol. Centralbl. 1899, стр. 161 и 248, 1900, стр. 434.

дѣлить существованіе у него болѣе или менѣе распространенныхъ гиперэстезій или анэстезій кожи.

Меланхолики, вступивъ въ періодъ выздоровленія, разсказываютъ, что они чувствовали всякое прикосновеніе, всякій уколъ булавки, хотя во время самаго изслѣдованія они и казались совершенно анэстетичными и анальгезичными. То же можно сказать и о ступорозныхъ состояніяхъ. При истерическихъ психозахъ очень часто встрѣчаются анэстезіи въ самыхъ разнообразныхъ формахъ и весьма различнаго распространенія. При алкогольныхъ и при многихъ органическихъ психозахъ разстройства чувствительности вызываются по большей части нейритами, спинномозговыми пораженіями, заболѣваніями Вароліева моста и пр. (см. также описаніе прогрессивнаго паралича).

4. Разстройства подвижности.

У душевно-больныхъ мускулы могутъ находиться въ гипертоническомъ, кататоническомъ или гипотоническомъ состояніяхъ.

Помимо ступора—при которомъ часто наблюдали и описывали эти различныя состоянія напряженности мышцъ—мышечная гипертонія встрѣчается при меланхоліи и въ разныхъ депрессивныхъ стадіяхъ другихъ психозовъ. Кататоническое напряженіе наблюдается при ипохондрической параноѣ, въ галлюцинаторномъ бредѣ, при алкоголизмѣ, въ прогрессивномъ параличѣ. Гипотонія встрѣчается при остромъ слабоуміи и разныхъ психозахъ, сопровождающихся параличами.

Судороги отдѣльныхъ мускуловъ (общія клоническія и тоническія) появляются у идіовъ, эпилептиковъ, истеричныхъ и истеро-эпилептичныхъ, при интоксикаціонныхъ и органическихъ душевныхъ разстройствахъ. О нихъ будетъ рѣчь при описаніи отдѣльныхъ психозовъ.

То же относится и къ параличамъ, локализованнымъ или распространеннымъ, сопровождающимся или не сопровождающимся сведеніями (контрактурами).

Слѣдуетъ также упомянуть о паралитическихъ состояніяхъ мочевого пузыря и прямой кишки.

Непроизвольное испусканіе мочи (enuresis) возникаетъ у душевно-больныхъ:

1. Оттого, что больные не обращаютъ достаточнаго вниманія на появленіе позыва на мочеиспусканіе, которое происходитъ у нихъ рефлекторно, какъ у дѣтей, поглощенныхъ игрою. Эта форма недержанія мочи встрѣчается у слабоумныхъ, у маніаковъ, въ состояніяхъ ступора и неистовства.

2. Оттого, что ослаблено или совсѣмъ отсутствуетъ ощущеніе наполненія мочевого пузыря. Тутъ моча выдѣляется тоже рефлекторно (у паралитиковъ, при старческомъ слабоуміи, иногда въ состояніи ступора).

Анэстезія можетъ быть такъ сильна, что больной не замѣчаетъ и самаго истеченія мочи, утверждая, что другой помочился въ его постели.

3. Отъ паралича сфинктера мочевого пузыря, причемъ непрестанно вытекаетъ, каплетъ моча, какъ это бываетъ при органическихъ психозахъ.

4. Въ безсознательномъ состояніи (эпилептическіе и паралитическіе припадки).

Задержаніе мочи (ischuria) наблюдается:

1. При анэстезіи мочевого пузыря. Больной не замѣчаетъ наполненія мочевого пузыря и потому не ощущаетъ позыва на мочеиспусканіе. При этомъ то судорожно сокращенъ сфинктеръ (у меланхоликовъ и у многихъ ступорозныхъ), то парализованъ detrusor vesicae (органическіе психозы, паралитическіе припадки).

2. При параличѣ рефлекторной подвижности мочевого пузыря (прогрессивный параличъ и другіе органическіе психозы).

3. Вслѣдствіе бредовыхъ представленій. Больному "запрещено„ испускать мочу или же онъ боится загрязнить уринникъ и т. п.

Не слѣдуетъ никогда упускать изслѣдованія мочевого пузыря, особенно у ступорозныхъ или слабоумныхъ больныхъ. Иногда моча постоянно течетъ по каплямъ, хотя мочевой пузырь и оказывается растянутымъ до пупка (ischuria paradoxa). При параличѣ сфинктера моча вытекаетъ по каплямъ чисто механически (прогрессивный параличъ, старческое слабоуміе).

Подобныя же состоянія наблюдаются и по отношенію къ испражненіямъ.

Запоръ сопровождаетъ обыкновенно функціональные психозы; онъ особенно силенъ при меланхоліи, обусловливаясь здѣсь по большей части судорожнымъ состояніемъ перистальтики и гипертоніей сфинктера (поэтому въ такихъ случаяхъ опій нерѣдко вызываетъ испражненіе на низъ).

Иногда же больной не садится на судно изъ-за бредовыхъ представленій: онъ не хочетъ замарать стольчакъ или опасается зараженія.

Непроизвольное отхожденіе стуловъ (secessus involuntarii) можетъ возникать подобнымъ же образомъ какъ и enuresis.

Встрѣчается также, особенно у паралитиковъ, состояніе, похожее на ischuria paradoxa: постоянное истеченіе жидкихъ и испражненій, несмотря на то, что прямая кишка переполнена каловыми массами на значительномъ протяженіи.

„Марающіеся" больные пускаютъ подъ себя калъ и мочу. Посаженные на судно, они ничего не выдѣляютъ, но тотчасъ же послѣ этого опять загрязняютъ постель, а, будучи обмытыми, вновь мараются. Они крайне тягостны для психіатрическихъ заведеній. Иногда мараніе произвольное, преднамѣренное (прирожденно слабоумные съ нравственнымъ помѣшательствомъ, параноики); очень рѣдко оно совершается съ цѣлью симуляціи.

5. Разстройства рефлексовъ.

Степень интенсивности сухожильныхъ рефлексовъ весьма различна при различныхъ функціональныхъ психозахъ. Да и при нормальныхъ

условіяхъ интенсивность колѣнныхъ рефлексовъ колеблется, какъ извѣстно, въ широкихъ предѣлахъ. Она вообще повышена при плохомъ состояніи питанія организма, тогда какъ при форменной кахексіи колѣнные рефлексы могутъ ослабляться и даже исчезать совершенно.

Сухожильные рефлексы часто значительно усилены при истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ, во многихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича и у субъектовъ, страдающихъ разсѣяннымъ склерозомъ; одностороннее усиленіе ихъ наблюдается при апоплектическихъ психозахъ, или при психозахъ, сопровождающихся фокусными порэженіями мозга. Въ такихъ случаяхъ зачастую имѣется также на-лицо клонусъ колѣна или стопы. Существенная разница въ силѣ между колѣнными рефлексами обѣихъ сторонъ указываетъ на развивающееся органическое пораженіе спинного или головного мозга или того и другого одновременно. Явленіе это часто предшествуетъ полному исчезновенію сухожильныхъ рефлексовъ (прогрессивный параличъ,. старческое слабоуміе).

Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ [1]) находятъ лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ у нормальныхъ людей. Я наблюдалъ его всего разъ у мужчины и у его 14-лѣтняго сына, не представлявшихъ никакихъ другихъ признаковъ нервнаго заболѣванія. Поэтому можно сказать почти съ абсолютной увѣренностью: отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ у душевнобольного указываетъ на органическое заболѣваніе центральной нервной системы, на нейритъ (алкоголизмъ, діабетъ, болѣзнь почекъ) или на пораженіе заднихъ корешковъ спинного мозга (особенно параличъ съ спинномозговымъ перерожденіемъ) или же на органическое измѣненіе въ задней черепной выемкѣ (мозговыя опухоли, пораженія въ области Вароліева моста) и пр.

Иногда замѣчается лѣность сухожильныхъ рефлексовъ, т. е. рефлексъ происходитъ не быстро, не молніеподобно, какъ при нормальныхъ условіяхъ, но медленно, вяло. Явленіе это предшествуетъ нерѣдко исчезновенію чашечковыхъ рефлексовъ.

Кромѣ колѣннаго рефлекса, надобно также изслѣдовать состояніе Ахиллесовыхъ и локтевыхъ сухожильныхъ рефлексовъ.

Изъ кожныхъ рефлексовъ подвергать изслѣдованію нужно подошвенные, брюшномышечный и кремастеровый рефлексы.

Степень интенсивности упомянутыхъ рефлексовъ весьма различна при нормальныхъ условіяхъ.

Рефлексы эти часто очень сильны въ истерическихъ и эпилептическихъ психозахъ и, наоборотъ, ослаблены въ депрессивныхъ стадіяхъ разныхъ психозовъ. Они отсутствуютъ при периферическихъ чувствительныхъ и двигательныхъ параличахъ. Исчезновеніе. ихъ указываетъ по большей

---

[1]) Отсутствіе это можно признать лишь послѣ изслѣдованія, произведеннаго слѣдующимъ образомъ: больного сажаютъ на край стола съ обнаженными голенями и стопами, причемъ голени висятъ совершенно свободно, вниманіе же паціента отвлекается (заставляя его, напр., считать) при постукиваніи по сухожилію.

части на органическое пораженіе—подобно тому какъ исчезновеніе сухожильныхъ рефлексовъ служитъ обыкновенно признакомъ органической болѣзни. Но кожные рефлексы существуютъ еще нерѣдко тамъ, гдѣ отсутствуютъ сухожильные рефлексы.

Одностороннее исчезновеніе кожныхъ рефлексовъ указываетъ на органическую мозговую болѣзнь; оно встрѣчается особенно при апоплектическихъ психозахъ.

Рефлексъ *Бабинскаго* (*Babinski*)—при вызываніи ступневого рефлекса большой палецъ ноги не сгибается, какъ обыкновенно, но, наоборотъ, разгибается—указываетъ, судя по имѣющемуся до сихъ поръ опыту, на органическое заболѣваніе центральной нервной системы.

Изъ рефлексовъ слизистыхъ оболочекъ вниманія при изслѣдованіи душевно-больныхъ заслуживаютъ въ особенности рефлексы соединительной оболочки глазъ, мягкаго неба и глотки.

Ихъ часто не находятъ тамъ, гдѣ отсутствуютъ кожные рефлексы, и, кромѣ того, у очень многихъ истерическихъ и алкоголиковъ.

Изъ ряда внутренностныхъ рефлексовъ мы уже упоминали о рефлексахъ зрачковыхъ и мочепузырныхъ, а также о рефлексахъ прямой кишки. Половые рефлексы часто повышены въ маніакальныхъ состояніяхъ и у паралитиковъ; вообще же они обыкновенно понижены у душевно-больныхъ (часто уже въ начальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича, у алкоголиковъ, морфиномановъ, во всѣхъ состояніяхъ психической подавленности); при органическихъ психозахъ они по большей части совершенно исчезаютъ.

6. Разстройства сосудодвигательныхъ нервовъ. Аномаліи отдѣлительныхъ процессовъ. Трофическія разстройства.

Состоянія сосудистаго спазма наблюдаются у душевно-больныхъ въ видѣ ощущенія холода въ головѣ, спинѣ, рукахъ и ногахъ, въ видѣ мѣстной асфиксіи ручныхъ кистей и ступней ногъ (меланхолія и другія депрессивныя состоянія, истерическіе и эпилептическіе психозы, прогрессивный параличъ). Предсердечная тоска вызывается также сосудодвигательнымъ нейрозомъ.

Въ слабой степени она выражается ощущеніемъ сдавленія или стѣсненія въ области сердца, но она можетъ также усиливаться до степени настоящаго, даже смертельнаго страха, сопровождающагося малымъ, ускореннымъ пульсомъ, блѣдностью и похолодѣніемъ лица (которое иногда становится потомъ горячимъ, краснымъ), холодомъ конечностей, замедленнымъ и поверхностнымъ дыханіемъ (7—9 вдыханій въ минуту) и общей дрожью. Къ концу припадка появляются глубокія, шумныя дыхательныя движенія; припадокъ часто заканчивается обильной испариной. На высотѣ припадка замѣчается нерѣдко нѣкоторое затемнѣніе сознанія.

Прекордіальный страхъ свойственъ особенно меланхоліи, но встрѣчается также въ депрессивномъ стадіи другихъ психозовъ, наблюдаясь

при эпилепсіи (передъ припадками и послѣ нихъ) и эпилептическихъ психозахъ, при разныхъ отравленіяхъ, особенно у алкоголиковъ и у морфиномановъ во время лишенія морфія.

Состоянія сосудистаго паралича выражаются летучей краснотой въ разныхъ частяхъ тѣла, дермографизмомъ, отеками (блѣдный отекъ истеричныхъ), синюхой кожи (у идіотовъ и въ позднѣйшихъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича), просовидными кровоизліяніями подъ кожу или во внутренностныхъ органахъ, кровавымъ потомъ, кровавой рвотой и пр. Надобно, впрочемъ, быть осторожнымъ въ приписываніи нервнымъ причинамъ болѣе сильныхъ кровотеченій, такъ какъ послѣднія могутъ вызываться пораненіями, полученными больнымъ или нанесенными имъ самому себѣ.

Отдѣленіе слюны можетъ быть увеличено у душевно-больныхъ, именно въ маніи (при которой выдѣляется густая, прозрачная какъ стекло слюна), при прогрессивномъ параличѣ, при параноѣ съ бредовыми представленіями отравленія (гдѣ обильно отдѣляется сначала водянистая, потомъ густая и мутная слюна), наконецъ, при психозахъ отъ ртутнаго отравленія. Въ другихъ случаяхъ отдѣленіе слюны уменьшено (меланхолія, нѣкоторыя отравленія).

Иногда усиленное отдѣленіе слюны только кажущееся: больной не глотаетъ слюны, которая вытекаетъ цѣликомъ наружу (ступорозныя состоянія, идіоты, слабоумные).

Усиленное потоотдѣленіе (hyperhidrosis) замѣчается иногда въ начальномъ стадіи прогрессивнаго паралича, часто у алкоголиковъ, эпилептиковъ, во время и послѣ паралитическихъ припадковъ. Уменьшеніе отдѣленія пота (hyphidrosis) наблюдается особенно при меланхоліи, въ періодѣ слабоумія разныхъ психозовъ, также при слизистомъ отекѣ (миксэдема).

Прежде принимали, что у душевно-больныхъ потъ отличается особеннымъ запахомъ (мышинымъ), но явленіе это слѣдуетъ приписать нечистоплотному содержанію больныхъ или измѣненіямъ выдыхаемаго воздуха вслѣдствіе отказа отъ пищи или другихъ причинъ.

То же можно сказать и о такъ называемыхъ трофическихъ разстройствахъ кожи, которыя у душевно-больныхъ часто обусловливаются нечистымъ содержаніемъ или насильственными дѣйствіями. Сюда относятся разныя эритемы, нѣкоторыя ногтоѣды, принимающія зачастую очень длительное теченіе, нѣкоторые пролежни. Въ другихъ случаяхъ эти мнимыя трофическія разстройства ни что иное какъ лекарственныя высыпи (отъ антипирина, хлорала, брома и пр.).

Но, съ другой стороны, не подлежитъ сомнѣнію, что при органическихъ психозахъ, особенно при прогрессивномъ параличѣ, ткани, включая сюда кости и хрящи, испытываютъ такія измѣненія, что даже очень слабыя трауматическія вліянія и сильныя движенія самого больного могутъ причинять механическія поврежденія. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ особаго упоминанія *кровяная опухоль ушной раковины, otharematoma.*

Ушной хрящъ претерпѣваетъ сначала гіалинное, потомъ зернистое перерожденіе, причемъ уши получаютъ блѣдно-синеватый оттѣнокъ. Наконецъ, въ ушномъ хрящѣ происходитъ частью волокнинный, частью зернистый распадъ, ведущій къ разжиженію и къ образованію полостей.

При такихъ условіяхъ уже легкій ушибъ уха или даже простое схватываніе за ухо могутъ причинить разрывъ сосудовъ (отчасти новообразованныхъ) въ стѣнкахъ полостей, причемъ возникаетъ отэматома. Это опухоль, величиной отъ лѣсного орѣшка до куринаго яйца, появляющаяся преимущественно у мужчинъ и ведущая въ концѣ концовъ къ сморщиванію, атрофіи ушной раковины. У душевно-здоровыхъ людей послѣ сильнаго травматизма лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ возникаетъ отэматома. У душевно-больныхъ она обыкновенно образуется отъ травматическаго инсульта, нанесеннаго больничной прислугой, вслѣдствіе чего она и помѣщается обыкновенно на лѣвомъ ухѣ—соотвѣтственно правой рукѣ лица, наносящаго поврежденіе. Отэматома особенно часто встрѣчается у паралитиковъ, также при эпилепсіи и старческомъ слабоуміи, крайне рѣдко при маніакальномъ неистовствѣ.

Подобныя же измѣненія возникаютъ въ носовомъ хрящѣ (rhinhaematoma), въ реберныхъ и суставныхъ хрящахъ. Переломы костей легко образуются у душевно-больныхъ вслѣдствіе уменьшенія плотности костной ткани (костномозговыя полости расширяются, костное вещество утончается, причемъ происходитъ усиленное выдѣленіе известковыхъ солей мочей).

Пролежень, особенно въ формѣ decubitus acutus et acutissimus и malum perforans pedis, вызывается трофическими разстройствами въ подкожной клѣтчаткѣ.

Пролежень начинается покраснѣніемъ кожи (эритемой), на уровнѣ котораго появляются пузырьки, наполненные мутной красноватой или бурой жидкостью. Пузырьки эти лопаются или подсыхаютъ; кожа подъ ними обнажается, пропитывается кровью, омертвѣваетъ, а струпъ потомъ отпадаетъ. Иногда этотъ процессъ омертвѣнія совершается въ одну ночь (decubitus acutissimus). Образованіе пролежня вызывается распространеннымъ нейритомъ. По большей части поражается крестцовая и ягодичныя области; но пролежень можетъ показаться также на локтяхъ, пяткахъ и пр. Особенно часто пролежень развивается у паралитиковъ послѣ паралитическаго припадка, пнеймоніи или вообще заболѣванія, приковывающаго больного къ постели.

Трофическія разстройства наблюдаются еще въ волосахъ (усиленный ростъ или же, наоборотъ, выпаденіе волосъ, гнѣздная плѣшивость, преждевременное посѣдѣніе, иногда съ одной только стороны), ногтяхъ, зубахъ (выпаденіе ихъ), преимущественно при органическихъ болѣзняхъ мозга, особенно при прогрессивномъ параличѣ. При функціональныхъ психозахъ трофическія разстройства замѣчаются главнымъ образомъ въ волосахъ (см. циркулярное помѣшательство). Я наблюдалъ неоднократно гнѣздную плѣшивость у параноиковъ, причемъ выпаденіе и послѣдовательное вы-

ростаніе волосъ толковались больными въ смыслѣ ихъ системы бредовыхъ идей.

Къ трофическимъ разстройствамъ принадлежатъ и измѣненія вѣса тѣла.

XI. Аномаліи внутренностныхъ органовъ.

Заболѣваніямъ дыхательныхъ органовъ, особенно легочной бугорчаткѣ, у хроническихъ душевно-больныхъ могутъ благопріятствовать истощеніе силъ или зараженія, возникающія въ самыхъ психіатрическихъ заведеніяхъ. Но болѣзни эти не служатъ, конечно, симптомами мозгового пораженія.

Измѣненія выдыхаемаго воздуха, его зловоніе, зависятъ часто отъ нечистаго содержанія рта или отъ отказа отъ пищи, также отъ діабета или же отъ принимаемыхъ больнымъ лекарствъ (приторный запахъ при леченіи препаратами брома, особый запахъ отъ паральдегида).

Измѣненія сердечной мышцы — гипертрофія лѣваго и расширеніе праваго желудочка — находятъ часто у душевно-больныхъ; но еще чаще у нихъ встрѣчается преждевременное атероматозное порерожденіе системы аорты (затвердѣніе стѣнокъ лучевыхъ артерій, извилистыя височныя артеріи, усиленіе второго тона аорты).

Насколько часты болѣзни сердца у душевно-больныхъ, видно изъ данныхъ, опубликованныхъ *Strecker*'омъ (Virch. Arch. т. 136), по которымъ, на 1000 вскрытій въ Дальдорферовскомъ заведеніи, у 61,7 % мужчинъ и у 42,7 % женщинъ оказались патологическія измѣненія въ сердцѣ.

Измѣненія эти частью слѣдствіе вредныхъ вліяній, вызвавшихъ душевное разстройство (алкоголизмъ, почечныя болѣзни), частью же результатъ вліянія мозгового пораженія на сосудодвигательную систему (травматическіе психозы); наконецъ, на нѣкоторыхъ изъ нихъ можно смотрѣть какъ на этіологическій моментъ самаго душевнаго заболѣванія (см. этіологію душевныхъ болѣзней).

Пульсъ у душевно-больныхъ очень часто остается нормальнымъ какъ по качеству, такъ и по частотѣ (хроническое слабоуміе); въ другихъ же случаяхъ онъ сильно учащается (особенно при психозахъ вслѣдствіе Базедовой болѣзни) или же замедляется (апоплектическіе инсульты, опухоли мозга).

Пульсъ замедленъ, малаго наполненія въ состояніяхъ душевнаго угнетенія, особенно при ступорѣ, но онъ можетъ быть учащенъ при меланхоліи. Въ маніакальныхъ состояніяхъ онъ зачастую ускоренъ и средняго наполненія.

Сфигмографическое изслѣдованіе обнаруживаетъ часто при органическихъ психозахъ анакротическія и катакротическія поднятія пульсовой волны, какъ при pulsus tardus. Вообще же надежды, возложенныя на примѣненіе сфигмографическаго метода къ изученію душевныхъ болѣзней, не оправдались.

Кровяное давленіе обыкновенно увеличено въ депрессивныхъ состояніяхъ и при ступорѣ; оно понижено при маніакальномъ возбужденіи.

Свойства крови обнаруживаютъ лишь незначительныя измѣненія, зависящія отъ способа и состоянія питанія; при этомъ находятъ лишь несущественныя отклоненія отъ нормы.

Разстройства желудочныхъ и кишечныхъ отправленій почти постоянные спутники начальныхъ періодовъ психозовъ. Они выражаются отсутствіемъ аппетита, обложеннымъ языкомъ и запоромъ. При функціональныхъ психозахъ разстройства эти исчезаютъ иногда лишь по выздоровленіи.

Отсутствіе аппетита въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходитъ до *отказа отъ пищи* (sitophobia).

Ситофобія можетъ быть полной или неполной; при послѣдней больной принимаетъ воду или жидкія питательныя вещества.

Отказъ отъ пищи можетъ зависѣть еще:

1. Отъ отсутствія чувства голода и жажды—въ маніакальныхъ состояніяхъ, при неистовствѣ.

2. Отъ галлюцинацій и бредовыхъ представленій.

a) Меланхолическаго характера. Больной считаетъ себя недостойнымъ принимать пищу; онъ утверждаетъ, что не въ состояніи платить за кушанья; или голоса запрещаютъ ему ѣсть подъ страхомъ наказанія.

b) Ипохондрическаго характера. Больной „зашнурованъ“, животъ его „туго набитъ“, прямая кишка „ничего не пропускаетъ“; больной боится лопнуть, если онъ проглотитъ что-нибудь.

Какъ у меланхоликовъ, такъ и у ипохондриковъ бредъ отравленія можетъ быть причиной воздержанія отъ пищи; причина эта наблюдается зачастую у отказывающихся отъ пищи паралитиковъ.

c) Параноическаго характера. Въ кушанья подмѣшанъ ядъ, грязь—съ цѣлью нанести вредъ больному; или же больной долженъ приготовить себя постомъ къ возложенной на него божественной миссіи.

d) Въ ступорѣ (см. ступоръ).

3. Отъ мыслей о самоубійствѣ. Больной хочетъ убить себя, отказываясь отъ пищи, такъ какъ для самоубійства другимъ способомъ у него не хватаетъ храбрости, не представляется случая и средствъ.

Иногда больной хотя и беретъ жидкую пищу въ ротъ и перебираетъ ее во рту, но потомъ выплевываетъ ее обратно (при маніи и остромъ бредѣ, delirium acutum). Часто также больной ѣстъ исподтишка, когда думаетъ, что за нимъ не наблюдаютъ, хотя и сопротивляется всѣмъ понуканіямъ, чтобы заставить его ѣсть (кататоническій ступоръ, меланхолія). Другіе даютъ класть себѣ въ ротъ, безъ сопротивленія, куски пищи и затѣмъ медленно проглатываютъ ихъ (гипотоническій ступоръ).

Когда полный отказъ отъ пищи держится нѣсколько дней, то выдыхаемый воздухъ принимаетъ частью гнилостный, частью же кисловато-ароматическій запахъ, зависящій отъ присутствія ацетона (*Tuczek*); ды-

ханіе становится поверхностнѣе, потомъ температура тѣла понижается, доходя до 24—22° передъ наступленіемъ смерти.

Вѣсъ тѣла уменьшается особенно быстро въ первую недѣлю, на 1—1,5 килограмма въ сутки. Уменьшается также количество испражненій и мочи. Послѣдняя содержитъ бѣлокъ; она сильно кислой реакціи отъ увеличеннаго содержанія сѣрно-фосфорной кислоты и, уже по прошествіи 36 часовъ, заключаетъ въ себѣ значительное количество ацетона (*Lähr*). Наконецъ, дѣло доходитъ до жирового перерожденія железистаго эпителія и атрофіи его. Полное голоданіе можетъ переноситься, безъ стойкихъ вредныхъ послѣдствій, въ теченіе 12—14 дней; голоданіе же при поглощеніи воды переносится всего нѣсколько недѣль.

У душевно-больныхъ наблюдаютъ часто отрыжку и отрыганіе атмосфернческаго воздуха (особенно при истерическихъ психозахъ, въ начальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича, при ипохондрическихъ психозахъ, при параноѣ —съ цѣлью выведенія наружу мнимаго яда).

Усиленіе аппетита до волчьяго голода (Heisshunger, bulimia) встрѣчается у идіотовъ и при различныхъ состояніяхъ слабоумія съ отсутствіемъ ощущенія насыщенія.

Моча, при усиленномъ возбужденіи больного, особенно при маніи и въ маніакальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича, обнаруживаетъ абсолютное и относительное уменьшеніе содержанія фосфорной кислоты (*Mendel*).

Бѣлокъ въ мочѣ показывается часто вслѣдъ за эпилептическими припадками, а также послѣ паралитическихъ приступовъ въ прогрессивномъ параличѣ; у паралитиковъ часто появляется *пептонурія*.

Сахаръ въ мочѣ находятъ рѣдко (см. діабетическіе психозы).

Мѣсячныя часто не растраиваются въ теченіи хроническихъ психозовъ.

Но при появленіи психоза у молодыхъ женщинъ и дѣвушекъ регулы часто прекращаются, показываясь потомъ въ неправильные сроки въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни или же вовсе не появляясь, пока длится психическое разстройство, чтобы возвратиться лишь послѣ выздоровленія. Когда психозомъ заболѣваютъ болѣе старыя женщины, то часто не бываетъ никакой аномаліи мѣсячныхъ. При періодическихъ психозахъ менструація обыкновенно не нарушается или же обнаруживаетъ лишь незначительныя неправильности

Температура тѣла при хроническихъ психозахъ нормальна или субнормальна. Повышеніе температуры указываетъ обыкновенно на какое-нибудь осложненіе. Оно должно всегда побуждать врача къ тщательному изслѣдованію всѣхъ органовъ. Иногда замѣчается чрезмѣрное повышеніе температуры, особенно въ конечныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича.

Подобное же чрезмѣрное повышеніе температуры появляется, когда психозъ протекаетъ при явленіяхъ остраго бреда (см. delirium acutum). Сильное пониженіе температуры тѣла бываетъ въ состояніяхъ голоданія и при прогрессивномъ параличѣ.

При острыхъ психозахъ температура принимаетъ зачастую обратный типъ (typus inversus), при которомъ она вечеромъ ниже, чѣмъ утромъ, при этомъ различіе между температурами въ прямой кишкѣ и въ подкрыльцовой впадинѣ или въ наружномъ слуховомъ проходѣ меньше нормы (*Mendel*). Typus inversus и быстрая измѣнчивость температуры въ нормальныхъ предѣлахъ особенно часты при истерическихъ психозахъ.

Вѣсъ тѣла въ начальномъ стадіи остраго психоза почти всегда весьма значительно уменьшается. Уменьшеніе это часто столь быстрое, что его невозможно объяснить имѣющимися налицо желудочными разстройствами и недостаточнымъ пріемомъ пищи, такъ что его приходится считать послѣдствіемъ трофоневроза. По большей части вѣсъ тѣла остается пониженнымъ, пока держится острый психозъ. Увеличеніе вѣса, совпадающее съ улучшеніемъ симптомовъ душевнаго разстройства, имѣетъ весьма благопріятное прогностическое значеніе. Если же увеличеніе вѣса совпадаетъ съ ослабленіемъ умственныхъ способностей, то оно указываетъ на наступленіе слабоумія, dementiae (см. также циркулярное помѣшательство и прогрессивный параличъ).

А. Этіологія душевныхъ болѣзней.

При народной переписи въ Пруссіи, въ 1895 году оказалось 82.850 душевно-больныхъ; изъ нихъ 43.448 мужчинъ и 39.402 женщины. Приходился, стало быть, одинъ душевно-больной на 384 жителя (1 на 360 мужчинъ и 1 душевно-больная на 411 женщинъ).

Цифры эти, относившіяся не только къ душевно-больнымъ, помѣщеннымъ въ психіатрическія заведенія, не даютъ полной картины, по легко понятнымъ причинамъ. Но врядъ-ли можно ошибиться, принявъ существованіе по меньшей мѣрѣ 1 душевно-больного на 300 жителей.

Въ Англіи къ 1-му апрѣля 1895 года приходилось на 10.000 жителей 38,95 душевно-больныхъ, т. е. 1 на 250. Соотвѣтственныя цифры были въ Цюрихскомъ кантонѣ, въ 1888 г. 1 : 103, а въ Венгріи, въ 1895 г., 1 : 640.

Принимаютъ, что въ густо населенныхъ центрахъ психіатрическія заведенія должны располагать на каждую 1000 жителей тремя мѣстами для городскихъ и двумя мѣстами для сельскихъ душевно-больныхъ.

Къ 1-му января 1897 года въ психіатрическихъ заведеніяхъ Пруссіи находилось 61.482 душевно-больныхъ.

Переписи показываютъ, что число душевно-больныхъ увеличилось; для нѣкоторыхъ психозовъ, напр. для прогрессивнаго паралича, увеличеніе это не подлежитъ сомнѣнію. Но полной доказательностью не обладаютъ ни эти переписи, ни даже постоянное увеличеніе (превосходящее возростаніе населенія) числа больныхъ, поступающихъ въ психіатрическія заведенія. Дѣло въ томъ, что регистраціи лишь постепенно становятся точными, число же поступленій въ дома для умалишенныхъ зависитъ отчасти отъ общихъ соціальныхъ условій, между прочимъ и

отъ мѣста, которымъ располагаютъ, и отъ облегченія самихъ условій поступленія.

Эпидеміи и періоды общественнаго возбужденія оказываютъ несомнѣнное вліяніе на увеличеніе числа душевно-больныхъ. Но не надобно забывать, что при этихъ условіяхъ субъекты, уже до того душевно-больные, становятся шумливѣе, замѣтнѣе, бредовыя представленія у нихъ выступаютъ рѣзче, и только тогда они впервые признаются помѣшанными.

Какъ показываютъ вышеприведенныя цифры, число душевно-больныхъ мужчинъ превышаетъ число душевно-больныхъ женщинъ. Первые преобладаютъ и въ психіатрическихъ заведеніяхъ. Такъ, къ 1-му января 1897 года въ Пруссіи на 100 душевно-больныхъ было 54 мужчины и 46 женщинъ. Это зависитъ, вѣроятно, главнымъ образомъ отъ значительнаго преобладанія и частоты прогрессивнаго паралича и алкогольныхъ психозовъ у мужчинъ.

Холостые мужчины, старыя дѣвы, вдовцы и вдовы относительно часто поражаются душевными болѣзнями. Сравнительнаго предрасположенія разныхъ профессій къ психозамъ нельзя установить за неимѣніемъ вѣрныхъ и подробныхъ данныхъ на этотъ счетъ.

Существованіе у евреевъ болѣе значительнаго предрасположенія къ душевнымъ болѣзнямъ и къ заболѣваніямъ нервной системы вообще не подлежитъ сомнѣнію.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ душевная болѣзнь есть продуктъ ряда причинъ. Одного какого-нибудь этіологическаго момента для вызыванія душевной болѣзни достаточно, повидимому, только по отношенію къ нѣкоторымъ интоксикаціоннымъ и трауматическимъ психозамъ.

Различаютъ:

1) предрасполагающіе моменты;

2) моменты, благопріятствующіе возникновенію психоза при существующемъ уже предрасположеніи къ нему;

3) прямые этіологическіе или производящіе моменты.

I. Предрасполагающіе моменты.

Между ними наибольшее значеніе имѣетъ наслѣдственное предрасположеніе.

Наслѣдственное предрасположеніе къ какой-нибудь душевной болѣзни можетъ закладываться уже при самомъ зачатіи, когда одинъ изъ родителей или оба они—душевно-больные (*прямая наслѣдственность черезъ зачатіе*).

Оно можетъ, далѣе, оставаться скрытымъ, латентнымъ у родителей, получившихъ его отъ душевно-больныхъ дѣдовъ или прадѣдовъ, и все же передаваться дѣтямъ (*атавистическая наслѣдственность*).

Появленіе душевной болѣзни въ родной по крови боковой линіи (дядя, тетка, двоюродные братъ или сестры) можетъ, наконецъ, тоже

указывать на существованіе семейственнаго психопатическаго предрасположенія (*боковая наслѣдственность*).

Наслѣдственное предрасположеніе можетъ вызывать однородное съ нимъ психическое заболѣваніе: у потомковъ возникаетъ та же форма психоза, которая была у предковъ. Въ другихъ же случаяхъ формы психоза измѣняются у различныхъ членовъ семьи (разнородная *полиморфная наслѣдственность*). Иногда, впрочемъ, къ новой, возникшей у потомковъ формѣ примѣшиваются нѣкоторыя черты, бывшія у предковъ. Такимъ образомъ возникаютъ своеобразныя клиническія картины: напр. періодическій психозъ матери ведетъ у сына къ прирожденному слабоумію, но съ періодическими экзацербаціями.

Въ качествѣ промежуточнаго звена въ наслѣдственномъ предрасположеніи могутъ участвовать, наконецъ, и нейрозы, извѣстныя общія заболѣванія, въ связи съ нервной системой, каковы эпилепсія, мигрень, сахарное мочеизнуреніе, arthritis nodosa (*видоизмѣненная наслѣдственность*).

Психопатической наслѣдственности въ силу существованія душевной болѣзни у предковъ надобно приравнять предрасположеніе, передающееся также при зачатіи отъ родителей алкоголиковъ или морфиномановъ или значительно ослабленныхъ общими заболѣваніями, или же состоящими другъ съ другомъ въ кровномъ родствѣ; наконецъ, когда зачатіе происходитъ въ состояніи алкогольнаго опьянѣнія. Очень большая разница лѣтъ между супругами тоже считается благопріятствующимъ моментомъ для созданія наслѣдственнаго предрасположенія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствуетъ цѣлый рядъ только что перечисленныхъ факторовъ: наслѣдственность становится *кумулятивной*, все прогрессируя, усиливаясь у потомковъ, и дѣло доходитъ до полнаго угасанія рода.

Пятидесятилѣтній алкоголикъ женится на своей двадцатилѣтней племянницѣ. У предковъ неоднократно наблюдалась эпилепсія. Отъ брака этого рождаются три дочери. Я видѣлъ ихъ, когда имъ было 11, 9, 8 лѣтъ: всѣ онѣ были эпилептичными идіотками.

Кто важнѣе для созданія наслѣдственнаго предрасположенія къ душевнымъ болѣзнямъ у потомковъ—отецъ или мать? Этого до сихъ поръ опредѣлить точнымъ образомъ не удалось. Вообще же можно сказать, что тяжелыя формы душевнаго разстройства передаются, какъ сыновьямъ, такъ и дочерямъ, *особенно часто отъ матери*.

Иногда наслѣдственное предрасположеніе вызываетъ въ плодѣ, во время его внутриутробной жизни, уже такія измѣненія, что ребенокъ родится неспособнымъ или малоспособнымъ къ умственному развитію (прирожденный идіотизмъ); въ большинствѣ случаевъ наслѣдственное предрасположеніе остается только предрасположеніемъ къ возникающей лишь впослѣдствіи душевной болѣзни, для появленія которой требуются еще особые благопріятствующіе моменты и прямыя причины. Въ нѣкоторыхъ семьяхъ разные члены ихъ становятся душевно-больными всегда въ извѣстномъ возрастѣ.

Среди разныхъ психозовъ, появленію которыхъ благопріятствуетъ наслѣдственное предрасположеніе, первое мѣсто занимаютъ психозы періодическіе и циркулярные. У цѣлаго ряда предковъ большинства этихъ больныхъ имѣлись душевныя заболѣванія и тяжелые центральные нейрозы.

Психопатическая наслѣдственность особенно часто создаетъ, рядомъ съ предрасположеніемъ къ душевнымъ болѣзнямъ, своеобразные характеры. Такіе субъекты хотя и не могутъ считаться душевно-больными, все же отличаются смолоду отъ большинства людей по образу мыслей и поступкамъ. Эти hereditarii, которыхъ принято теперь называть *вырожденными*, представляютъ нерѣдко и извѣстныя физическія аномаліи (см. признаки вырожденія).

Они могутъ достигать старости, не становясь душевно-больными, но всю свою жизнь они какъ-бы «ходятъ по канату», съ трудомъ сохраняя на немъ свое душевное равновѣсіе, изъ котораго ихъ часто выводятъ разныя событія—неудачи житейскія, нужда, заботы, несчастная любовь и пр., причемъ у нихъ появляются преходящія, но рецидивирующія, а иногда и длительныя душевныя заболѣванія.

Разновидности этихъ наслѣдственныхъ психопатовъ весьма многочисленны, а наблюдаемыя у нихъ психическія разстройства даютъ также весьма разнообразныя клиническія картины. Тѣмъ не менѣе субъектовъ этихъ, которыхъ нельзя считать собственно душевно-больными, можно раздѣлить на три особенно часто встрѣчающіяся и потому важныя въ практическомъ отношеніи группы:

1. Наслѣдственные психопаты, смолоду недовольные сначала всѣмъ въ семействѣ, потомъ цѣлымъ міромъ, считаютъ все суетой суетъ, объявляютъ самую жизнь безцѣльной и признаютъ самоубійство единственнымъ разумнымъ поступкомъ. Считая себя въ семейной жизни мучениками, они въ обществѣ веселые собесѣдники, „забывающіе на нѣсколько часовъ житейскія невзгоды“.

Они быстро выполняютъ поставленныя имъ задачи, но повременамъ, особенно если они не въ твердыхъ рукахъ, теряютъ всякую энергію, что порождаетъ длинные перерывы въ ихъ дѣятельности.

Почти всегда при этомъ бываютъ усиливающіяся время отъ времени ипохондрическія жалобы. Между послѣдними выдающуюся роль играетъ, по большей части, грозный призракъ помѣшательства, который довольно часто можетъ доводить до самоубійства.

2. Наслѣдственные психопаты, которые, благодаря особой, зачастую односторонней даровитости, очень рано достигаютъ умственной зрѣлости, но обнаруживаютъ большую раздражительность, неустойчивость, какъ въ чувствахъ, такъ въ стремленіяхъ, что выражается импульсивностью поступковъ, быстрымъ увлеченіемъ нѣкоторыми идеями при необузданномъ стремленіи къ ихъ осуществленію, смѣняющимся столь же скорымъ охлажденіемъ и откладываніемъ въ сторону исполненія задуманнаго. Многое предпринимается и немногое только доводится ими до конца. При этомъ

нерѣдко можно отмѣтить чрезмѣрную капризность, непредвидѣнность настроеній, иногда также крайнюю сентиментальность.

Къ этой категоріи принадлежатъ и тѣ наслѣдственные психопаты, у которыхъ поводъ къ данному поступку, а также и къ извѣстному преступному дѣйствію, не соотвѣтствуетъ важности и тяжести совершаемаго. Сила импульса замѣняетъ тутъ слабость побудительной причины.

3. Наслѣдственные психопаты, извѣстные въ публикѣ подъ именемъ „оригиналовъ“ „чудаковъ“, „неудавшихся геніевъ“, „неудачниковъ“. Въ обществѣ они отличаются особыми привычками, странностями, своеобразными мнѣніями и взглядами, излагаемыми и защищаемыми ими нерѣдко весьма искусно, хотя они и діаметрально противоположны общепринятымъ воззрѣніямъ.

Разные виды этихъ наслѣдственныхъ психопатовъ зачастую обнаруживаютъ, рядомъ съ большимъ или меньшимъ числомъ упомянутыхъ уже признаковъ физическаго вырожденія, еще разнаго рода *фобіи* и принудительныя, насильственныя представленія.

Маточная наслѣдственность. Вредныя вліянія, дѣйствующія на мать во время беременности—какъ психическія (страхъ, горе), такъ и острыя или хроническія болѣзни (отравленія: алкоголь, сифилисъ)—могутъ порождать у ребенка наслѣдственное предрасположеніе къ душевнымъ болѣзнямъ.

Частоту психопатической наслѣдственности при душевныхъ болѣзняхъ оцѣниваютъ весьма различно, принимая ее въ 30—90 % случаевъ. Для функціональныхъ психозовъ ее можно считать въ 70 % (см. отдѣльные психозы, въ особенности прогрессивный параличъ).

Рядомъ съ наслѣдственностью важную роль по части предрасположенія къ душевнымъ болѣзнямъ несомнѣнно играетъ среда, въ которой ребенокъ выростаетъ, и получаемое имъ воспитаніе.

Многія психическія особенности, многія такъ называемыя stigmata hereditatis возникаютъ не путемъ наслѣдственной передачи, но образуются въ дѣтствѣ отъ подражанія ненормальностямъ окружающихъ лицъ или же вслѣдствіе неправильнаго воспитанія. Напрасно приписываютъ такъ называемому школьному переутомленію существенную роль въ происхожденіи душевныхъ болѣзней. Слѣдуетъ скорѣе принять, что многіе родители какъ бы насильно помѣщаютъ своихъ малоспособныхъ дѣтей въ высшія учебныя заведенія, предназначенныя для ученой карьеры, стараясь удержать ихъ тамъ при помощи частныхъ уроковъ, репетицій и т. п. и тѣмъ переутомляютъ слабый органъ, требуя отъ него результатовъ, не соотвѣтствующихъ степени его развитія.

Morel [1]) подъ именемъ вырожденія (dégénérescence) различалъ особую форму наслѣдственной передачи, при которой потомки представляютъ типъ прогрессивнаго паденія, прогрессивной деградаціи и которая часто ведетъ

---

[1]) Traité des dégénérescences. Paris 1857, стр. 4.

къ вымиранію рода (выше былъ приведенъ одинъ такой примѣръ). Съ тѣхъ поръ слово *вырожденіе* нашло себѣ обширное примѣненіе въ психіатріи. Вырожденіе стали узнавать по извѣстнымъ физическимъ признакамъ и по нѣкоторымъ болѣзненнымъ психическимъ проявленіямъ. *Sommer* вполнѣ правъ, говоря, что понятіе: „признакъ вырожденія“ такъ расширилось, что въ настоящее время почти нѣтъ живого человѣка, котораго нельзя было бы признать за вырожденнаго.

Понимая наслѣдственность въ томъ широкомъ смыслѣ, о которомъ только что сказано, наибольшая часть „вырожденныхъ“ кажется мнѣ просто субъектами, представляющими, въ силу психопатической наслѣдственности, извѣстныя физическія или психическіи аномаліи или оба рода этихъ аномалій заразъ.

Если же говорить о пріобрѣтенномъ предрасположеніи, не подразумѣвая подъ этимъ вырожденіе нервной системы, сказывающееся анатомопатологическими измѣненіями, то тогда всякая неизлечимая душевная болѣзнь является „значительнымъ отклоненіемъ отъ типа, отклоненіемъ, могущимъ передаваться по наслѣдству„ [1]). Съ такой точки зрѣнія всѣ неизлечимыя душевныя болѣзни можно назвать психозами вырожденія.

Все, что ослабляетъ организмъ, а, слѣдовательно, и нервную систему, —соматическія болѣзни, бурная жизнь, онанизмъ, алкогольныя и половыя излишества, злоупотребленіе табакомъ, а также травматизмы черепа,— можетъ служить предрасполагающей причиной для позднѣйшаго возникновенія психическихъ разстройствъ.

II. Моменты, благопріятствующіе возникновенію душевной болѣзни при наличности предрасположенія къ ней

сводятся преимущественно къ извѣстнымъ возрастамъ и состояніямъ организма, создающимъ, какъ показываетъ опытъ, благопріятную почву для развитія болѣзней нервной системы.

1. Періодъ наступленія половой зрѣлости, pubertas [2]).

Психопатическая наслѣдственность (нерѣдко въ соединеніи съ малокровіемъ и онанизмомъ), заразныя болѣзни, травматизмы головы—образуютъ обыкновенно почву, на которой, въ возрастѣ между 12 и 20 годами, соотвѣтствующемъ половому созрѣванію, могутъ возникать психозы. Душевныя разстройства эти проявляются въ самыхъ разнообразныхъ формахъ, принимая чаще всего истерическій характеръ; нерѣдко также, при имѣвшихся и прежде эпилептическихъ припадкахъ или при появленіи ихъ въ періодѣ полового созрѣванія, возникаетъ эпилептическій психозъ.

Далѣе наблюдаются манія, меланхолія, особенно ипохондрическая форма послѣдней, галлюцинаторный бредъ; рѣдко въ этомъ раннемъ періодѣ развивается уже типичная параноя. Но прирожденная форма паранои,

---

[1]) *Möbius*, Ueber Entartung. *Bergmann*, 1900.
[2]) *Wille*, Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig—Wien 1897.

начинающаяся въ дѣтствѣ, по большей части явственно выступаетъ со всѣми своими симптомами въ періодѣ полового созрѣванія.

Функціональные психозы дѣтскаго возраста [1]) отличаются тѣмъ, что, соотвѣтственно ограниченному запасу представленій въ незрѣломъ еще дѣтскомъ умѣ, галлюцинаціи и бредовыя идеи не обнаруживаютъ такого многообразія, какъ у взрослыхъ. Съ своей стороны и періодъ полового созрѣванія накладываетъ на возникающіе во время его психозы извѣстныя особенности, обусловливаемыя, въ сущности, незаконченнымъ еще умственнымъ развитіемъ и свойственной этому возрасту (и при физіологическихъ условіяхъ) быстрой смѣной представленій. Отсюда наивно-глуповатое содержаніе бредовыхъ идей, переработка въ нихъ прочитанныхъ сказокъ, очень неустойчивые, измѣнчивые аффекты и наивно-дѣтское поведеніе.

Особое теченіе, принимаемое этими психозами періода полового созрѣванія, было обозначено именемъ *гебефреніи* (hebephrenia—*Kahlbaum, Hecker*) и *кататоніи* (katatonia—*Kahlbaum*). Въ послѣднее время *Aschaffenburg* [2]) высказался въ пользу идентичности обѣихъ этихъ формъ, соединивъ ихъ подъ общимъ наименованіемъ *ранняго слабоумія*—dementia praecox (*Kräpelin*).

Въ относящихся сюда случаяхъ имѣется обыкновенно дѣло съ субъектами съ тяжелой психопатической наслѣдственностью, уже смолоду подвергавшимися ослабляющимъ вліяніямъ, особенно несоотвѣтствующему ихъ индивидуальнымъ особенностямъ умственному перенапряженію, а также плохому питанію. Тутъ по большей части вліяли неблагопріятнымъ образомъ еще онанизмъ или сильныя потери крови при первыхъ регулахъ. Болѣзнь начинается обыкновенно съ ипохондрическаго настроенія; паціенты чувствуютъ себя неспособными къ работѣ, отстаютъ отъ своихъ товарищей по школѣ, жалуются на сонливость или безсонницу, на головныя боли, иногда на сердцебіеніе, на отсутствіе аппетита. Но врачебный осмотръ не обнаруживаетъ у нихъ никакой опредѣленной болѣзни. Сравнительно съ прежнимъ своимъ поведеніемъ, они становятся непослушными, ведутъ себя плохо по отношенію къ родителямъ и въ школѣ и пр. Часто болѣзнь не узнается въ этомъ стадіи: дѣтей этихъ считаютъ лѣнивыми, избалованными и постоянно подвергаютъ ихъ наказаніямъ, или же слабые родители во всемъ уступаютъ имъ. Такъ можетъ продолжаться долго.

Въ другихъ случаяхъ, относящихся главнымъ образомъ къ кататоніи, развивается подострымъ образомъ уже явное душевное разстройство, принимающее по большей части ипохондрическій или меланхолически-

---

[1]) Въ дѣтскомъ возрастѣ (*Emminghaus*, Die psychischen Störungen des Kindesalters, 1887) встрѣчаются почти всѣ формы психическаго разстройства, чаще всего идіотизмъ (см. эту аномалію), затѣмъ истерическіе, эпилептическіе и наслѣдственно-сифилитическіе психозы, галлюцинаторный бредъ, меланхолія, манія, параноя, прогрессивный параличъ, также алкоголизмъ (я наблюдалъ delirium tremens у шестилѣтняго сына трактирщика).

[2]) *Aschaffenburg*, Zeitschr. f. Psych. 1898, т. 54. *Schüle*, ibidem 1901, т. 58. *Kraepelin*, Neurol. Centralbl. 1899. *Neisser*, Katatonie 1887. *Ilberg*, Zeitschr. f. Psych. т. 54.

ипохондрическій характеръ съ самообвиненіями, бредомъ прегрѣшенія и пр. Иногда начальныя бредовыя представленія относятся къ бреду преслѣдованія или нанесенія вреда.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, какъ при гебефреніи, такъ и при кататоніи, за меланхолическимъ стадіемъ слѣдуетъ стадій маніакальный или ступорозный. Разнаго рода психическія разстройства могутъ также смѣнять другъ друга безъ всякой правильности. Появляются галлюцинаціи. Кататоническій ступоръ, при которомъ, несмотря на кажущуюся безсознательность, высокомѣрное настроеніе выражается всевозможными выходками, шутками и пр., былъ уже описанъ выше. Съ упомянутыми болѣзненными психическими проявленіями сочетается рядъ симптомовъ, къ которымъ въ особенности примѣняется названіе кататоническихъ: состояніе напряженности мышцъ, извѣстныя стереотипіи движеній и въ положеніи тѣла, патетическія рѣчи съ вербигераціей и персевераціей, пассивное сопротивленіе всему, что требуютъ отъ больного, каждому движенію, къ которому хотятъ его принудить (*негативизмъ*), постоянное молчаніе (мутацизмъ), нѣкоторыя смѣшныя и странныя движенія (хлопаніе въ ладоши, покачиваніе головой), внезапные импульсивные поступки, произнесеніе потока бранныхъ словъ, побои, наносимые больнымъ окружающимъ его лицамъ, швыряніе попадающихся подъ руку предметовъ и, наконецъ, попытки къ самоубійству.

Позднѣе состояніе это по большей части быстро переходитъ въ слабоуміе—въ раннее слабоуміе, dementia praecox.

При включеніи въ это раннее слабоуміе вышеупомянутыхъ психическихъ разстройствъ наблюдается часто особое шутовское состояніе съ гримасами, безсмысленной игрой слогами и словами, дающее довольно характерную картину. У больного замѣчаютъ, лишенную всякаго живого выраженія, дѣтскую улыбку; больной часто совсѣмъ не говоритъ, ни о чемъ не заботится, пускаетъ подъ себя мочу и калъ, иногда лежитъ недвижно по недѣлямъ.

Впрочемъ, форменнаго слабоумія не получается въ цѣломъ рядѣ случаевъ, гдѣ возникаетъ лишь нѣкоторое ослабленіе умственныхъ способностей, не мѣшающее, однако, больному приняться за какое-нибудь ремесло или продолжать прежнюю свою дѣятельность. Но и при такомъ исходѣ всегда остается нѣкоторое безучастіе къ окружающимъ, преобладаніе эгоистическихъ чувствъ, извѣстная ограниченность стремленій и т. п. Память можетъ сохраниться вполнѣ.

Наконецъ, въ другихъ случаяхъ эти гебефреническія или кататоническія состоянія переходятъ въ выздоровленіе, послѣ чего во всей дальнѣйшей жизни можетъ не быть возвратовъ душевнаго разстройства.

Исключительнымъ образомъ описанный симптомокомплексъ можетъ показаться и ранѣе періода полового созрѣванія, въ возрастѣ отъ 10 до

11 лѣтъ, иногда даже послѣ наступленія половой зрѣлости—въ 25 лѣтнемъ возрастѣ и позже [1]).

Кататоническіе симптомы встрѣчаются, впрочемъ, не только при кататоническихъ психозахъ періода полового созрѣванія, но, въ качествѣ преходящаго явленія, и у болѣе старыхъ субъектовъ—въ теченіи галлюцинаторнаго бреда, истерическихъ и эпилептическихъ психозовъ, при хронической параноѣ и прогрессивномъ параличѣ. Иногда они показываются и въ депрессивномъ стадіи циклическихъ психозовъ.

Въ періодѣ полового созрѣванія замѣчается иногда остановка умственнаго развитія, при отсутствіи выраженныхъ психическихъ разстройствъ: больной, не пріобрѣтая новаго умственнаго содержанія, становится слабоумнымъ (imbecillitas).

Но и въ случаяхъ меланхоліи, маніи и галлюцинаторнаго бреда въ періодѣ полового развитія, не сопровождающихся кататоническими симптомами, предсказаніе вообще мрачнѣе, чѣмъ при этихъ же болѣзняхъ въ другихъ возрастахъ. Дѣло въ томъ, что психозы періода полового развитія часто обнаруживаютъ наклонность принимать періодическую форму или же къ возвратамъ въ позднѣйшемъ возрастѣ, переходя въ неизлечимое слабоуміе, если не послѣ перваго, то послѣ второго или третьяго рецидива.

2. Климактерическій возрастъ, klimakterium [2]),

наступающій между 45 и 50 годами въ большинствѣ случаевъ, благопріятствуетъ своими безчисленными нервными разстройствами возникновенію меланхоліи, истерическихъ психозовъ съ маніакальнымъ возбужденіемъ, особенно часто также разныхъ формъ паранои съ бредовыми представленіями полового характера, рѣдко маніи или циркулярнаго помѣшательства.

Психозы эти начинаются по большей части до прекращенія менструаціи. Вначалѣ они часто сопровождаются опасеніемъ, что съ исчезновеніемъ регулъ должна появиться тяжелая болѣзнь, и принимаютъ поэтому ипохондрическій характеръ. Очень часто замѣчается наклонность къ самоубійству. Половая похотливость обыкновенно усиливается передъ прекращеніемъ мѣсячныхъ, впослѣдствіи же она ослабляется.

И у мужчинъ наблюдали климактерическіе психозы, появляющіеся, впрочемъ, позднѣе, чѣмъ у женщинъ, именно между 55 и 60 годами (см. психозы, связанные съ артеріосклерозомъ).

3. Старческій возрастъ [3]),

вызывающій, вслѣдствіе физіологической инволюціи мозга, многіе признаки измѣненія душевныхъ отправленій, благопріятствуетъ наступленію функціональныхъ психозовъ, принимающихъ въ значительномъ большинствѣ

---

[1]) Что касается частоты этой dementia praecox, то, по моимъ наблюденіямъ въ Берлинѣ, она встрѣчается въ 2—3 % всѣхъ случаевъ душевныхъ болѣзней.

[2]) *Matusch*, Zeitschr. f. Psych. т. 46, 1890.

[3]) *Fürstner*, Arch. f. Psych. т. 20. *Zingerle*, Jahrb. f. Psych. 1899, стр. 256.

случаевъ форму меланхоліи съ ипохондрическими или меланхолическими самообвиненіями, бредомъ обѣднѣнія, утратой энергіи въ перемежку съ импульсивностью. Предвѣстниками этихъ состояній обыкновенно бываютъ безсонница, головокруженія, головная боль. Меланхоліи часто отличаются очень большимъ упорствомъ. Разстройства эти могутъ продолжаться 1½—2 года и все же переходить въ выздоровленіе. Попытки къ самоубійству и даже самоубійство случаются нерѣдко. Галлюцинаторный бредъ и манія встрѣчаются также въ старческомъ возрастѣ (я наблюдалъ манію, окончившуюся выздоровленіемъ у 80-лѣтняго старца). Функціональныя состоянія паранои съ бредомъ преслѣдованія, бредомъ ревности и пр.—рѣдки. Иногда въ старческомъ возрастѣ развиваются и циркулярные психозы.

Много чаще функціональныхъ психическихъ разстройствъ въ старческомъ возрастѣ появляется вызванная органическими измѣненіями dementia senilis (см. эту болѣзнь).

Принимая за начало старческаго возраста восьмой десятокъ, слѣдуетъ отнести къ преждевременной старости случаи, въ которыхъ только что упомянутыя психическія разстойства показываются уже съ седьмого десятка. Въ нѣкоторыхъ семьяхъ ослабленіе умственныхъ способностей наступаетъ обыкновенно уже на 65 году.

4. Беременность [1]).

Психическія разстройства появляются иногда съ самаго начала беременности, прекращаясь вмѣстѣ съ нею, но большею частью они наступаютъ въ срединѣ беременности, продолжаясь и въ послѣродовомъ періодѣ. Здѣсь чаще всего наблюдаются хореическіе и урэмическіе психозы, меланхолія (особенно въ ипохондрической формѣ), рѣдко манія и параноя.

5. Роды

вызываютъ иногда преходящее душевное разстройство съ потерей сознанія, по большей части на истеро-эпилетической или урэмической почвѣ; но могущее вызываться и при отсутствіи послѣднихъ—сильной болью или нравственными причинами (незаконные роды).

6. Послѣродовое состояніе [2]).

Психозы, наступающіе въ послѣродовомъ періодѣ, могутъ вызываться:

1. Лихорадочнымъ пуэрперальнымъ зараженіемъ: метритъ, эндометритъ, язвенный эндокардитъ, гноекровіе, очень рѣдко остеомаляція (заразные послѣродовые психозы). Эти душевныя разстройства начинаются обыкновенно на 2—4 день послѣ родовъ. Смотря по природѣ вызвавшаго ихъ

---

[1]) *Fürstner*, Arch. f. Psych. т. 5. *Mongeri*, Zeitschrift f. Psych. т. 58, 1901.
[2]) *Siegenthaler*, Jahrb. f. Psych. 1898. *Aschaffenburg*, Zeitschrift f. Psych. т. 58. *M. v. Meyer*, Klin. Wochenschr. 31, 1901.

процесса, они могутъ быстро вести (иногда при явленіяхъ остраго бреда) къ смертельному исходу.

2. Мочекровіемъ съ эклампсіей, алкоголизмомъ, морфиноманіей и пр.

3. Органическимъ пораженіемъ мозга: менингитъ, энцефалитъ, капиллярныя эмболіи.

4. У истеричныхъ или эпилептичныхъ могутъ возникать истерическіе или эпилептическіе психозы.

5. При наличности предрасположенія, особенно наслѣдственнаго, послѣродовое состояніе можетъ благопріятствовать возникновенію функціональнаго психоза, принимающаго чаще всего характеръ галлюцинаторнаго бреда, но могущаго также протекать въ формѣ меланхоліи, маніи, острой галлюцинаторной паранои съ переходомъ въ хроническую параною. У молодыхъ первородящихъ развивается иногда кататоническій симптомокомплексъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ не бываетъ никакихъ лихорадочныхъ процессовъ въ теченіе послѣродового періода. Такой психозъ наблюдается преимущественно у первородящихъ болѣе стараго возраста. Начало его совпадаетъ обыкновенно съ первыми днями или по крайней мѣрѣ съ первой недѣлей послѣродового періода.

Часто такой психозъ остается, послѣ его излеченія, единичнымъ въ жизни больной. Иногда же онъ повторяется въ той же самой или иной формѣ по поводу слѣдующихъ родовъ. Наконецъ, въ другихъ случаяхъ онъ составляетъ исходную точку рецидивирующихъ и періодическихъ или циркулярныхъ душевныхъ разстройствъ. Наконецъ, нѣкоторый процентъ этихъ психозовъ, особенно въ случаѣ рецидива, переходитъ въ слабоуміе (около 20%). Средняя продолжительность функціональныхъ психозовъ послѣродового періода, оканчивающихся выздоровленіемъ, колеблется между 5 и 6 мѣсяцами.

7. Періодъ кормленія грудью

можетъ, у предрасположенныхъ къ психическимъ разстройствамъ женщинъ, вызывать вслѣдствіе истощенія или нравственныхъ вліяній нѣкоторые психозы, каковы меланхолія и параноя, появляющіеся въ большинствѣ случаевъ мѣсяцевъ черезъ 6—8 послѣ родовъ.

III. Непосредственныя причины.

Между непосредственными причинами психозовъ первое по важности и частотѣ мѣсто занимаютъ психическія вліянія.

Дѣйствіе ихъ или внезапное, или постепенное. Въ первомъ случаѣ играютъ роль нравственное потрясеніе (shock), испугъ, психическій трауматизмъ, дѣйствіе которыхъ сказывается иногда непосредственно: психозъ начинается съ момента, когда повліяла одна изъ этихъ причинъ.

Постепенное расшатываніе душевнаго здоровья вызываютъ горе, заботы, оскорбленное самолюбіе и честолюбіе, обманутая или безнадежная любовь.

Къ психическимъ причинамъ относится, далѣе, психическое зараженіе. Душевно-больной передаетъ свой страхъ, свои бредовыя представленія и галлюцинаціи другому, предрасположенному субъекту, постоянно находящемуся при немъ, заботящемуся о немъ, принимающему большое участіе въ немъ.

Возникающая у этого второго лица душевная болѣзнь называется *наведеннымъ или индуцированнымъ помѣшательствомъ* [1]) (folie à deux, folie communiquée). Обыкновенно имѣется дѣло съ одновременнымъ и однороднымъ развитіемъ у обоихъ этихъ субъектовъ состояній паранои съ религіозной или эротической окраской, иногда съ одной изъ разновидностей бреда сутяжничества. Попадаются и меланхолическія формы, особенно съ религіозными бредовыми представленіями, причемъ нерѣдко заражаются и другіе члены семьи: folie à cinq, folie à sept и пр.

Нѣкоторыя эпидеміи душевнаго заболѣванія, при которыхъ религіозный моментъ играетъ выдающуюся роль, надобно разсматривать какъ наведенные психозы, особенно истерическаго характера (бредъ колдовства, нѣкоторыя секты и пр.)

Наведенное помѣшательство наблюдалось у близнецовъ [2]) (folie gémellaire). Отъ него надобно, однако, отличать тѣ случаи, въ которыхъ близнецы, не находясь въ прямомъ соприкосновеніи другъ съ другомъ, заболѣваютъ одновременно, но независимо другъ отъ друга, и могутъ, несмотря на нахожденіе ихъ въ различныхъ мѣстностяхъ, поражаться одинаковой формой психоза.

Наведенное помѣшательство возникаетъ по преимуществу у субъектовъ женскаго пола. Душевная болѣзнь передается отъ матери дочери или же, наоборотъ, отъ дочери—матери, особенно же часто отъ сестры—сестрѣ. Иногда психозъ передается отъ мужа женѣ и наоборотъ.

Нерѣдко „наводимый“ субъектъ не только предрасположенъ къ такому наведенію, но отличается еще большей или меньшей слабостью умственныхъ способностей.

Отъ наведеннаго помѣшательства слѣдуетъ отличать помѣшательство *видоизмѣненное*, трансформированное [3]). Въ послѣднемъ случаѣ душевнобольной переноситъ свои бредовыя представленія на другого уже и прежде душевно-больного субъекта, чѣмъ и вызывается видоизмѣненіе картины болѣзни у второго паціента, безъ измѣненія сущности имѣющагося у него психоза.

---

1) *Schönfeldt*, Arch f. Psych. т. 26, 1894. *Riedel*, Eulenburg's Vierteljahrsschrift 1897. *Meyer*, Arch. f. Psyh. т. 34, 1901.

2) *Herfeldt*, Zeitschrift f. Psych. т. 57. *Soukhanoff*, Annal. med. Psych. 1900, сентябрь—октябрь.

3) *Finkelstein*, Jahrb. f. Psych. т. 16.

1. Соматическія причины.

a) Трауматизмъ (см. психозы вслѣдствіе трауматизмовъ).

b) Заболѣванія нервной системы. Объ истеріи, эпилепсіи и хореи, поскольку онѣ играютъ роль причинъ душевныхъ болѣзней, будетъ сказано въ отдѣлѣ частной психіатріи.

Здѣсь слѣдуетъ только замѣтить, что невральгіи разнаго рода могутъ вызывать психическія заболѣванія, у предрасположенныхъ къ тому субъектовъ, сильной болью, нарушеніемъ сна, а также, косвеннымъ образомъ, успокаивающими и снотворными лекарствами, употребляемыми противъ этихъ разстройствъ.

Подобнымъ же образомъ, но въ сравнительно очень рѣдкихъ случаяхъ, сильная мигрень можетъ порождать душевныя разстройства, причемъ послѣднія (затемнѣніе сознанія, бредъ, галлюцинаціи) являются иногда эквивалентами мигреневаго припадка или же показываются послѣ него.

О психозахъ, развивающихся вслѣдствіе органическихъ пораженій мозга, сказано въ отдѣлѣ частной психіатріи.

c) Заболѣванія другихъ внутренностныхъ органовъ. Бугорчатка, въ особенности легочная, ведетъ иногда къ душевнымъ разстройствамъ, обыкновенно въ формѣ меланхоліи, особенно въ періодѣ полового развитія.

Легочный процессъ часто пріостанавливается во время психоза, чтобы, по исчезновеніи душевныхъ разстройствъ, начать прогрессировать быстрѣе прежняго.

Бугорчатка можетъ вызывать органическіе психозы путемъ хроническаго менингита, образованія солитарнаго туберкулеза или бугорковыхъ мозговыхъ гнойниковъ.

Болѣзни сердца [1]) имѣютъ иногда своимъ послѣдствіемъ развитіе психозовъ у предрасположенныхъ къ тому лицъ.

Вызываемыя сердечными заболѣваніями физическія разстройства, стѣсненіе въ груди, страхъ—могутъ благопріятствовать возникновенію психозовъ; разстройства мочеотдѣленія могутъ тоже служить прямой причиной психозовъ.

Эти психозы протекаютъ по большей части въ формѣ маніи или галлюцинаторнаго бреда, рѣдко въ формѣ меланхоліи.

Заболѣванія желудочно-кишечнаго канала [2]). Анамнезъ указываетъ у многихъ душевно-больныхъ на предшествующія пищеварительныя разстройства, по большей части сопряженныя съ запорами.

Иногда пищеварительныя разстройства обусловливаются болѣзненнымъ состояніемъ нервной системы, которое, какъ и само душевное разстройство, зависитъ отъ пораженія нервныхъ центровъ.

Въ другихъ случаяхъ явленія, вызванныя пищеварительнымъ раз-

---

[1]) *Fischer*, Zeitschr. f. Psych. 54, стр. 1048, 1898.
[2]) *Herzog*, Arch. f. Psych. т. 31, стр. 170, 1899.

стройствомъ, ускоряютъ возникновенія психоза или же ухудшаютъ его теченіе.

Въ третьемъ рядѣ случаевъ, наконецъ, кишечныя разстройства, возникая независимо отъ нервной системы, вліяютъ физически или же химически на развитіе психозовъ.

Переполненный желудокъ, раздутіе ободочной кишки оттѣсняютъ грудобрюшную преграду вверхъ, затрудняютъ работу сердца, вызываютъ страхъ, опасеніе сердечныхъ болѣзней, апоплектическій припадокъ, безсонницу и тѣмъ становятся причиной ипохондрическаго помѣшательства. Можетъ существовать какъ избыточная, такъ и пониженная кислотность желудочнаго сока. Имѣются, кромѣ того, отрыжка, вздутіе живота, запоръ. Ядовитыя вещества, образующіяся въ кишкахъ и потомъ всасывающіяся, вызываютъ, чисто химическимъ путемъ, психозы отъ самоотравленія (аутоинтоксикаціонные психозы, см. описаніе ихъ).

Самоотравленіе играетъ также несомнѣнно значительную роль при происхожденіи душевныхъ болѣзней отъ пораженій печени и почекъ.

Что касается вліянія заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ, то вопросъ этотъ остается пока открытымъ. Вообще можно сказать, что они значительно утратили то этіологическое значеніе, которое имъ прежде приписывали какъ для истерій, такъ и для психозовъ вообще [1]). Атрофія женскихъ половыхъ органовъ можетъ, однако—какъ у мужчинъ атрофія яичекъ, ствола, гермафродитизмъ и обусловленное имъ безсиліе—вызывать чисто психическимъ путемъ душевныя разстройства, обыкновенно въ формѣ ипохондрической меланхоліи или паранои. Психозы, порождаемые заболѣваніями щитовидной железы, будутъ разсмотрѣны отдѣльно. Сказанное относится также къ

d) психозамъ, вызываемымъ заразными болѣзнями, и къ

e) психозамъ отъ отравленія (алкоголь).

Остается сказать еще о сифилисѣ.

Сифилисъ можетъ вызывать душевныя болѣзни [2]):

1. Когда предрасположенный къ психическимъ разстройствамъ субъектъ, заразившись сифилисомъ, начнетъ упрекать себя въ плохомъ поведеніи и отъ этого впадетъ въ меланхолію или въ боязливое возбужденіе, опасаясь для себя всѣхъ ужасовъ вторичныхъ и третичныхъ явленій (ипохондрическая меланхолія съ сифилидофобіей).

2. Когда сифилитическій ядъ вызываетъ появленіе остраго заразнаго психоза, что обыкновенно сопровождается сильными головными болями и затемнѣніями сознанія, иногда при повышеніи температуры тѣла.

3. Когда возникаетъ органическій сифилитическій психозъ (см. описаніе этой болѣзни).

Сифилидофобія наблюдается иногда при ипохондрическихъ состояніяхъ

---

1) *Hegar*, Zur Frage der sogenannten Menstrualpsychosen. Zeitschr. f. Psych. 58, стр. 357, 1901.

2) *Jolly*, Klin. Wochenschrift 1901.

и при боязни прикосновеній—внѣ предшествовавшаго сифилитическаго зараженія.

Наконецъ, психозы могутъ возникать отъ слишкомъ продолжительнаго или слишкомъ часто повторяемаго противосифилитическаго леченія.

2. Причины смѣшанныя, т. е. дѣйствующія одновременно психически и соматически.

Между ними наиболѣе важное значеніе имѣютъ онанизмъ и вообще половыя излишества, а также и безпорядочный образъ жизни.

Далѣе, война съ ея волнующими и ослабляющими вліяніями, сопровождающимися часто недостаточнымъ питаніемъ.

То же относится и къ потерпѣвшимъ кораблекрушеніе.

Въ тюремномъ заключеніи [1]) возникаетъ большой процентъ душевныхъ заболѣваній, особенно при одиночномъ содержаніи въ связи съ системой молчальничества.

Въ немалой долѣ этихъ случаевъ имѣется дѣло съ субъектами, которые были душевно-больными уже при присужденіи ихъ къ наказанію и помѣшательство которыхъ, усилившись отъ вреднаго вліянія тюрьмы, выразилось наконецъ явственными и для непосвященнаго симптомами психическаго разстройства.

Психозы заключенныхъ принимаютъ частью острое теченіе, сопровождаясь массовыми галлюцинаціями слуха и осязанія при бѣлой горячкѣ (delirium tremens) или галлюцинаторнаго бреда (delirium hallucinatorium), или же они протекаютъ при явленіяхъ острой галлюцинаторной паранои (въ такихъ случаяхъ существуютъ обыкновенно бредъ преслѣдованія, боязливое возбужденіе, рѣдко меланхолія или ипохондрическая меланхолія); частью же психозы эти принимаютъ хроническое теченіе: paranoia chronica simplex s. hallucinatoria, хроническій алкоголизмъ, эпилептическое помѣшательство, прогрессивный параличъ.

Когда причиной психоза служитъ тюремное содержаніе само по себѣ или въ формѣ одиночнаго заключенія, излеченіе душевнаго разстройства по большей части наступаетъ быстро по прекращеніи одиночнаго содержанія или послѣ помѣщенія больного въ психіатрическое заведеніе.

Въ новѣйшее время у насъ въ Германіи довольно часто представлялся случай наблюдать психозы, вызываемые пребываніемъ подъ тропиками (Tropenkoller).

Психозы эти продуктъ физическаго перенапряженія, душевнаго возбужденія вслѣдствіе постоянно грозящей опасности отъ дикихъ племенъ и маларіи, а также вслѣдствіе чрезмѣрнаго (въ особенности при условіяхъ тропической жизни) потребленія спиртныхъ напитковъ, табаку, чая—при недостаточномъ часто питаніи.

Клиническія картины тутъ соотвѣтствуютъ галлюцинаторному бреду, острому или хроническому алкоголизму, рѣдко меланхоліи и параноѣ.

[1]) *Rudin*, Zeitschr. f. Psych. 58, стр. 447, 1901. *Näcke*, Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle 1902.

У многихъ больныхъ этого рода можно бываетъ констатировать привезенное ими изъ отечества психопатическое предрасположеніе.

Какъ на особенный этіологическій моментъ для возникновенія психозовъ указывали на истощеніе, причемъ говорили о психозахъ истощенія [1]).

Что истощеніе (inanitio) способно вызывать психозы—это не подлежитъ сомнѣнію. Многія изъ вышеупомянутыхъ причинъ душевныхъ болѣзней дѣйствуютъ—сами по себѣ или въ соединеніи съ другими факторами—именно чрезъ порождаемое ими истощеніе.

Но такъ какъ нѣтъ ни опредѣленной клинической картины, ни характерныхъ анатомо-патологическихъ измѣненій, свойственныхъ психозамъ отъ истощенія, то въ каждомъ данномъ случаѣ слѣдуетъ приводить душевное заболѣваніе въ этіологическую связь съ тѣмъ моментомъ, который вызвалъ истощеніе организма.

В. Возникновеніе, теченіе, продолжительность и исходы психозовъ.

Появленіе психоза можетъ быть острое, т. е. слѣдующее непосредственно или почти непосредственно за вызвавшей его причиной.

Это наблюдается при траумахъ головы или при психическихъ травматизмахъ, послѣ эпилептическихъ припадковъ, въ разныхъ отравленіяхъ, въ лихорадочномъ бреду, также въ психозахъ послѣ заразныхъ болѣзней.

Но въ значительномъ большинствѣ случаевъ развитіе душевныхъ разстройствъ происходитъ постепенно.

Безсонница, разстройства пищеваренія, чувство утомленія, недомоганіе, безпричинное измѣненіе настроенія, раздражительность—служатъ переходомъ отъ здороваго состоянія къ болѣзни.

Теченіе и продолжительность психозовъ.

Есть психическія разстройства, протекающія въ нѣсколько часовъ и даже продолжающіяся менѣе часа. Ихъ называютъ:

1. Преходящими, транситорными душевными разстройствами.

Они могутъ возникать:

1. Отъ сильнаго аффекта у субъектовъ съ психопатической наслѣдственностью или же подъ вліяніемъ сильныхъ физическихъ болей (невралгіи тройничнаго нерва), отъ взаимодѣйствія аффекта и болей при родахъ, по большей части въ сопровожденіи затемнѣнія сознанія и доходящаго до неистовства возбужденія.

2. При эпилепсіи и истеріи, какъ эквивалентъ или въ качествѣ предъ-эпилептическаго, послѣ-эпилептическаго, или же истерическаго помѣшательства.

3. Вслѣдствіе отравленій, особенно алкоголемъ (см. алкоголизмъ), окисью углерода, свѣтильнымъ газомъ и пр.

---

[1]) *Räckee*, Zeitschr. f. Psych. т. 57, 1900.

4. При органическихъ пораженіяхъ мозга, мозговыхъ опухоляхъ, апоплексіяхъ.

5. Какъ усиленіе лихорадочнаго бреда.

6. Въ незамѣченныхъ случаяхъ длительнаго меланхолическаго состоянія появляются быстро преходящія, но сильнѣйшія экзацербаціи (raptus melancholicus), принимавшіяся за преходящую манію (mania transitoria).

Но кратковременной маніи, подобной такъ называемой maniae transitoriae, вообще не существуетъ.

2. Острыя душевныя разстройства.

Подъ именемъ „остраго бреда“ —delirium acutum—*Brierre de Boismon* первый описалъ, въ 1845 г., душевную болѣзнь, симптомы и теченіе которой слѣдующіе: вслѣдъ за короткимъ стадіемъ предвѣстниковъ, выражающимся головными болями и желудочными разстройствами, внезапно и даже по большей части весьма бурно появляется бредъ въ сопровожденіи тяжелаго разстройства сознанія. Бредъ этотъ, сначала боязливаго характера, позже становится безсвязнымъ, причемъ больной безъ умолку говоритъ. Пріемъ пищи значительно затрудненъ, ограниченъ; вѣсъ тѣла быстро падаетъ, языкъ и губы засыхаютъ, покрываются фулигинознымъ налетомъ: больной говоритъ съ трудомъ, запинаясь, и, наконецъ, рѣчь его становится совершенно непонятной. За бурнымъ двигательнымъ возбужденіемъ и неистовствомъ слѣдуетъ всеобщее дрожаніе мышцъ, потомъ наступаютъ клоническія и тоническія судороги. Пульсъ обыкновенно ускоренъ съ самаго начала—100 до 130 ударовъ въ минуту; температура принимаетъ видъ febris continuae (38—39° Ц.), доходя при приближеніи смерти до 41° и выше. Больной умираетъ при непрестанномъ бредѣ и явленіяхъ общаго коллапса.

Отъ начала заболѣванія до летальнаго исхода проходитъ 1—3 недѣли. Выздоровленіе наступаетъ лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ.

Острый бредъ есть симптомокомплексъ, могущій возникать при весьма различныхъ условіяхъ [1]):

1. При бурномъ теченіи прогрессивнаго паралича (галлопирующая форма его).

2. При органическихъ пораженіяхъ мозга: менингитѣ, остромъ геморрагическомъ энцефалитѣ.

3. Въ нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзняхъ (послѣродовыя зараженія и пр.).

4. При delirium tremens febrile.

5. У душевно-больныхъ, у которыхъ вслѣдствіе раненій развилось гнилокровіе, особенно при маніакальномъ неистовствѣ.

6. Отъ самоотравленія, ближайшія причины котораго намъ до сихъ поръ неизвѣстны.

---

1) *Biswanger* u. *Berger*, Arch. f. Psych. т. 34, стр. 114, 1901. *Carrier* et *Martin*, Revue neurologique, 1901, стр. 770.

Въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ очень нуждается бактерійная флора при остромъ бредѣ, особенно по отношенію къ возможному присутствію специфическихъ бактерій.

Острое теченіе зачастую принимаютъ, далѣе, истерическіе, эпилептическіе и интоксикаціонные психозы, если только они не возникаютъ преходящимъ образомъ. Въ этихъ случаяхъ продолжительность душевнаго заболѣванія можетъ колебаться отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Подострое теченіе свойственно излечимымъ функціональнымъ психозамъ.

Развитіе болѣзни до ея *acme* идетъ по большей части неравномѣрно: худшіе дни и часы смѣняются лучшими. Подобнымъ же образомъ и улучшеніе болѣзни, предшествующее выздоровленію, сопряжено съ многочисленными колебаніями.

Средняя продолжительность такого подостраго психоза 8 — 10 мѣсяцевъ.

Вышеупомянутыя колебанія могутъ обусловливать въ теченіе болѣзни довольно продолжительныя (нѣсколько дней или недѣль) ремиссіи. Преходящимъ образомъ можетъ получиться даже полное исчезновеніе бредовыхъ представленій, т. е. интермиссія съ полнымъ сознаніемъ болѣзни (галлюцинаторный бредъ, манія). Такая интермиссія наступаетъ часто и въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь состоитъ изъ двухъ различныхъ фазъ: одной—меланхолической, другой—маніакальной, промежутокъ между которыми и занимаетъ ремиссія [1]).

3. Хроническіе психозы

возникаютъ изъ острыхъ или изъ подострыхъ психическихъ разстройствъ (послѣдовательно-хроническіе психозы), или же они съ самаго начала принимаютъ хроническую форму (идіотизмъ, хроническая параноя, органическія душевныя болѣзни).

Картина болѣзни можетъ оставаться стойкой въ теченіе всей ихъ продолжительности, какъ это часто наблюдается при вторичномъ слабоуміи. Они могутъ также варіировать въ своихъ проявленіяхъ, что мы видимъ при кататоническихъ формахъ. Наконецъ, теченіе ихъ можетъ быть прогрессивное (органическія душевныя болѣзни, особенно прогрессивный параличъ).

4. Душевныя болѣзни съ періодическимъ теченіемъ [2])

принимаютъ форму:

1) періодической маніи,
2) періодической меланхоліи,

---

[1]) О «свѣтломъ промежуткѣ» (intervallum lucidum) въ такихъ весьма кратковременныхъ ремиссіяхъ или интермиссіяхъ не можетъ быть, впрочемъ, рѣчи въ судебно-медицинскомъ смыслѣ. Болѣзнь продолжается, хотя симптомы ея слабѣе проявляются наружу.

[2]) *Pilcz*, Die periodischen Geisteskrankheiten. Eine klinische Studie. Jena 1901.

3) періодическаго галлюцинаторнаго бреда,
4) періодической паранои,
5) циркулярнаго психоза (см. отдѣлъ частной психіатріи).

Періодическія душевныя болѣзни могутъ вызываться, далѣе, нѣкоторыми тоже періодическими физіологическими процессами, каковы мѣсячныя, и періодически протекающими соматическими заболѣваніями, напр. маларіей.

При такъ называемомъ менструальномъ психозѣ [1]), появляющемся по большей части передъ регулами, рѣдко послѣ нихъ, и заслуживающемъ поэтому скорѣе названіе предменструальнаго или послѣменструальнаго, обыкновенно имѣется дѣло съ истеричными, истеро-эпилептичными или эпилептичными женщинами или дѣвушками, у которыхъ мѣсячныя (особенно дисменоррея) служатъ причиной обостренія до степени остраго психоза уже существующей хронической душевной болѣзни.

Иногда такія періодическія разстройства показываются у дѣвушекъ, у которыхъ такъ или иначе нарушены или запоздали регулы (менструальные психозы развитія—*Friedmann*'а); они исчезаютъ съ появленіемъ или урегулированіемъ мѣсячныхъ. Съ другой стороны, наблюдаются случаи періодическаго помѣшательства менструальнаго типа и въ климактерическомъ возрастѣ, по прекращеніи регулъ.

Форма менструальнаго психоза весьма различна, настолько же, насколько различна картина истерическаго психоза; болѣзнь продолжается обыкновенно нѣсколько дней, иногда нѣсколько недѣль.

Періодическую форму (по большей части въ сопровожденіи очень значительной умственной запутанности и обильныхъ галлюцинацій) могутъ также принимать и эпилептическіе психозы, далѣе нѣкоторые виды алкоголизма (см. дипсоманію).

Для теченія психозовъ особенное значеніе имѣютъ индивидуальныя психическія особенности, общее состояніе силъ, возрастъ; въ которомъ возникаетъ психозъ, главнымъ же образомъ тяжелая психопатическая наслѣдственность.

Послѣдняя обусловливаетъ значительныя ремиссіи (часто при прогрессивномъ параличѣ) или же не даетъ вполнѣ развиться характернымъ для даннаго психоза симптомамъ, вслѣдствіе чего самое душевное разстройство можетъ казаться менѣе тяжелымъ, чѣмъ на самомъ дѣлѣ. Съ другой стороны, подъ вліяніемъ сильной психопатической наслѣдственности, теченіе психозовъ, особенно функціональныхъ, очень замедляется, а симптомы умственной слабости могутъ заставить думать о неизлечимости болѣзни, тогда какъ, въ дальнѣйшемъ теченіи ея, все же наступаетъ выздоровленіе.

Вообще же можно сказать, что тяжелая психопатическая наслѣдственность, особенно при функціональныхъ психозахъ, затемняетъ типичную картину болѣзни.

Первому появленію и окончательному прекращенію менструаціи

---

[1]) *v. Kraft-Ebing*, Psychosis menstrualis. Stuttgart 1902.

всегда приписывали большое и притомъ благопріятное вліяніе на хроническіе психозы.

Но мнѣніе это оправдывается только въ совершенно исключительныхъ случаяхъ. Первое появленіе менструаціи обыкновенно не оказываетъ вліянія на теченіе душевной болѣзни. Что же касается наступленія климактерія, то оно по большей части только ухудшаетъ имѣющееся уже на-лицо душевное разстройство, ускоряетъ дальнѣйшее ослабленіе умственныхъ способностей или же прибавляетъ къ существующему уже симптомокомплексу — новыя, свойственныя климактерическому возрасту галлюцинаціи и бредовыя представленія.

При острыхъ и подострыхъ психозахъ наступленіе регулъ обыкновенно сопровождается сильнымъ возбужденіемъ. И нормальныя лица женскаго пола часто отличаются, какъ извѣстно, особой раздражительностью въ менструальные періоды.

Лихорадочныя заболѣванія, случающіяся въ теченіи психозовъ, иногда благопріятно вліяютъ на теченіе послѣднихъ. Въ этомъ отношеніи особаго вниманія заслуживаютъ брюшной тифъ и оспа.

Алкоголизмъ, морфинизмъ и другія хроническія отравленія отягчаютъ обыкновенно теченіе психозовъ, прибавляя къ обычнымъ симптомамъ спеціально свойственныя этимъ отравленіямъ разстройства.

С. Исходы психозовъ.

1. Выздоровленіе.

Излеченіе душевной болѣзни можетъ произойти внезапно. Это часто случается при эпилептическомъ и алкогольномъ (delirium tremens) психозахъ, очень рѣдко при излечимыхъ функціональныхъ психозахъ — въ послѣднемъ случаѣ главнымъ образомъ у субъектовъ съ тяжелой психопатической наслѣдственностью, причемъ остается наклонность къ быстро слѣдующимъ другъ за другомъ рецидивамъ.

Я наблюдалъ моментальное выздоровленіе отъ меланхоліи послѣ перваго подкожнаго впрыскиванія морфія. Другая ипохондрично-меланхолическая больная выздоровѣла отъ введенія пессарія.

Излеченіе можетъ, далѣе, наступать послѣ ряда колебаній (что чаще всего случается), или же оно достигается путемъ непрестаннаго и постепеннаго ослабленія болѣзненныхъ явленій.

О продолжительности отдѣльныхъ психозовъ отъ начала ихъ и до выздоровленія будетъ сказано въ частной психіатріи. Здѣсь замѣтимъ только, что значительно наибольшее число выздоровленій приходится на первые годы существованія душевной болѣзни. По прошествіи двухъ лѣтъ выздоровленіе составляетъ весьма рѣдкое исключеніе, хотя нельзя отрицать возможности его и послѣ трехъ, даже послѣ двадцати лѣтъ [1]). Эти поздніе

---

[1]) *Kreuser*, Spätgenesungen bei Geisteskrankenheiten. Zeitschr. f. Psych. т. 57, стр. 771, 1900.

выздоровленія бываютъ по преимуществу при душевныхъ болѣзняхъ съ характеромъ угнетенія, иногда въ климактерическомъ періодѣ.

Выздоровленіе наступаетъ зачастую лишь послѣ перехода первоначальной болѣзненной формы въ другую форму: меланхоліи въ манію, маніи въ меланхолію (маніакально-угнетенное помѣшательство).

2. Неполныя выздоровленія; выздоровленія съ изъяномъ, съ дефектомъ (*Neumann*).

Хотя больной по внѣшнему виду кажется нормальнымъ, даже предается обычнымъ своимъ занятіямъ и въ прежней мѣрѣ, у него все же имѣются нѣкоторыя остаточныя галлюцинаціи и остаточныя бредовыя представленія, могущія держаться во всей послѣдующей жизни или же составлять ядро для бредовыхъ представленій при рецидивахъ. Выздоровленія съ изъяномъ проявляются обыкновенно тѣмъ, что послѣ перенесеннаго подостраго психоза—и несмотря на полное исчезновеніе бредовыхъ представленій и обмановъ чувствъ—больной все же не становится опять такимъ, какимъ онъ былъ прежде, что его энергія и умственныя способности не возстановляются полностью, что онъ не въ состояніи хорошо ориентироваться въ жизни и сохраняетъ нѣкоторую неувѣренность въ поступкахъ.

3. Неизлечимость.

Неизлечимость даннаго психоза бываетъ первичной—какъ при органическихъ психозахъ, идіотизмѣ, хронической параноѣ—или же она наступаетъ послѣдовательно, причемъ сначала первичный, излечимый психозъ переходитъ во вторичное состояніе умственной слабости—въ слабоуміе, dementia.

Степень вторичнаго слабоумія и внѣшняя форма его проявленія различествуютъ, согласно чему принимаютъ:

а) Вторичную параною (paranoia secundaria) [1]).

Изъ галлюцинаторнаго бреда, маніи или меланхоліи возникаетъ особая форма душевнаго разстройства, отличающаяся свойственными параноѣ бредовыми представленіями, но при наличности умственной слабости, чуждой первичной параноѣ въ ея начальномъ стадіи.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ эта вторичная параноя въ концѣ концовъ переходитъ въ полное слабоуміе.

b) Пріобрѣтенную умственную слабость (Schwachsinn).

Бредовыхъ представленій и обмановъ чувствъ больше нѣтъ или же они такъ поблѣднѣли, что не выступаютъ наружу. Но больной все же сталъ другимъ человѣкомъ. Способность вырабатывать сужденія у него ослаблена, почему критика совершается недостаточно быстро, неполно; память по большей части тоже ослаблена, нравственныя чувства не сохранили прежней силы.

Ослабленіе умственныхъ способностей сопровождается уменьшеніемъ сопротивляемости по отношенію къ переходу въ дѣйствіе ощущеній и стрем-

---

[1]) *Mönkemöller*, Zeitschr. f. Psych. т. 58, стр. 669, 1901.

леній данной минуты. При такихъ условіяхъ больные могутъ быть еще способными къ работѣ, даже зарабатывать свой хлѣбъ, но не иначе, какъ при подходящемъ надзорѣ и руковожденіи.

c) Безпокойное слабоуміе (dementia agitata), слабоумная запутанность (demente Verworrenheit).

Бредовыя представленія и галлюцинаціи остались отъ первичнаго психоза, но они ослаблены, не сопровождаются живыми чувствами или аффектами. Они больше не проявляются въ ихъ совокупности; на нихъ указываютъ только отдѣльныя слова больного. По повторенію такихъ словъ и по манерѣ больного себя держать можно часто распознать предшествовавшій умственной запутанности функціональный психозъ.

Прежній меланхоликъ замкнутъ въ самомъ себѣ, грызетъ ногти. Бывшій маніакъ все еще подвиженъ и повременамъ неистовствуетъ. Прежній параноикъ часто ругается и ссорится или же мрачно о чемъ-то размышляетъ. Нѣкоторые увѣшиваютъ себя орденами, эполетами или же облекаются въ смѣшные костюмы.

О картинѣ преждевременнаго слабоумія (dementia praecox) было сказано выше.

d) Безучастное, апатическое слабоуміе (dementia apathica).

Умственныя способности низведены до минимума. При наивысшей степени этого слабоумія остается одна растительная жизнь. Память отсутствуетъ, ощущенія вызываются только грубыми чувственными раздраженіями — видомъ кушаній и пр.

Подъ конецъ дѣло доходитъ до паралича подвижности и рефлексовъ. За больными приходится ходить какъ за малыми дѣтьми.

При этомъ вторичномъ слабоуміи находятъ часто широкіе, порой еще подвижные зрачки; иногда же зрачковый рефлексъ на свѣтовыя впечатлѣнія лѣнивъ. Языкъ часто дрожитъ; въ немъ замѣчаются также фибриллярныя подергиванія.

Сила конечностей по большей части ослаблена; зачастую имѣется нѣкоторая степень гипотоніи сочлененій. Сухожильные рефлексы обыкновенно сильно выражены.

На вопросъ, почему въ одномъ случаѣ функціональный психозъ оканчивается выздоровленіемъ, тогда какъ въ другомъ онъ переходитъ въ неизлечимое слабоуміе—пока невозможно дать отвѣта.

Опытъ показываетъ, что въ слабоуміе, именно въ dementia praecox особенно часто и довольно скоро переходятъ тѣ функціональные психозы, которые возникаютъ въ періодъ полового развитія при наличности тяжелой психопатической наслѣдственности. Въ такомъ слабоуміи *Kräpelin* различаетъ гебефреническую, кататоническую и паранойную формы.

Описанныя картины умственнаго ослабленія, безпокойнаго и апатическаго слабоумія могутъ развиваться постепенно одна изъ другой. Умственная слабость можетъ переходить сначала въ возбужденную форму слабоумія, потомъ въ апатическое слабоуміе. Но каждая изъ перечи-

сленныхъ формъ можетъ также—это бываетъ въ большинствѣ случаевъ—развиться непосредственно изъ первичнаго психоза и затѣмъ держаться. При умственной слабости или апатическомъ слабоуміи можетъ также появляться преходящимъ образомъ значительное возбужденіе.

Вторичное слабоуміе можетъ возникать:

a) Изъ функціональнаго психоза (вторичное слабоуміе въ тѣсномъ смыслѣ).

b) Изъ эпилептическаго, истерическаго или хорейческаго психоза (нейропатическое слабоуміе, dementia neuropathica).

c) Изъ интоксикаціоннаго психоза (dementia toxica).

4. Смерть [1]).

Она можетъ обусловливаться:

1. При органическихъ психозахъ—апоплектическими припадками, параличемъ блуждающаго нерва (параличъ сердца, ипостатическая пнеймонія и пр.).

2. Истощеніемъ —отъ сильной, продолжительной лихорадки, далѣе, вслѣдствіе отказа отъ пищи или отъ недостаточнаго питанія (острый бредъ, меланхолія и пр.).

3. Травматическими поврежденіями. Причина этихъ поврежденій или ихъ неблагопріятнаго теченія можетъ обусловливаться самимъ душевнымъ разстройствомъ (пролежень, циститъ отъ катетеризаціи, гнилокровіе вслѣдствіе раненія, гангрена и пр.). Травматизмъ можетъ также причиняться несчастной случайностью, напр., когда, при пораженіи сознанія, больной выпрыгиваетъ въ окно, принимаемое имъ за дверь, или же бросается въ рѣку, перепрыгивая черезъ загородку моста, принимаемую имъ за человѣка, который хочетъ загородить ему дорогу (алкоголизмъ, эпилепсія). У эпилептиковъ смерть наступаетъ порой отъ задушенія при неловкомъ положеніи тѣла во время судорожнаго припадка.

4. Случайными внутренними заболѣваніями, между которыми значительно преобладаетъ чахотка. Не доказано, впрочемъ, что легочная бугорчатка у душевно-больныхъ встрѣчается чаще, чѣмъ у душевно-здоровыхъ.

5. Самоубійствомъ [2]).

Попытки къ самоубійству и самоубійство при существованіи душевныхъ разстройствъ происходятъ по весьма различнымъ причинамъ.

a) Недовольство собою и міромъ, общій пессимизмъ или пессимизмъ во время аффекта изъ-за причинъ, совершенно не соотвѣтствующихъ тяжести самого поступка (у наслѣдственныхъ психопатовъ и слабоумныхъ отъ рожденія). Сюда относится также добрая доля самоубійствъ у дѣтей, которыя, напр., лишаютъ себя жизни изъ-за страха передъ наказаніемъ за плохую школьную отмѣтку. У хроническихъ алкоголиковъ сознаніе того, что они стоятъ ниже другихъ людей, невозможности выпутаться изъ такого положенія, нерѣдко доводитъ до самоубійства.

---

[1]) *Heimann*, Die Todesursachen der Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. т. 57, 1900.
[2]) *Kuré*, Jahrb. f. Psych., стр. 271, 1898.

b) Ипохондрическія бредовыя представленія могутъ тоже вести къ самоубійству, напримѣръ боязнь сойти съ ума (особенно отъ „размягченія мозга"), боязнь тяжелыхъ физическихъ болѣзней (при ипохондріи, ипохондрической меланхоліи, въ начальномъ стадіи прогрессивнаго паралича и при paranoia rudimentaria, гдѣ мучительность навязчивыхъ представленій и страхъ передъ помѣшательствомъ побуждаютъ къ самоубійству). Особенно часто случается самоубійство при половой ипохондріи (hypochondria sexualis): больной считаетъ себя импотентомъ, сифилитикомъ или тѣмъ и другимъ вмѣстѣ; обрученіе или предстоящая свадьба могутъ ускорить приведеніе въ исполненіе задуманнаго самоубійства.

c) Меланхолическія бредовыя представленія приводятъ къ самоубійству больныхъ, думающихъ, что они утратили всякую привязанность къ своимъ близкимъ, навсегда потеряли жизнерадостность и потому никому ненужны въ жизни; или же что они совершили преступленія, искупимыя только смертью, что только ею они могутъ избѣжать позора, причиненнаго семьѣ, и ожидающей ихъ кары.

При ипохондрической меланхоліи иногда бываютъ подобныя же мучительныя мысли, въ связи съ такимъ страхомъ смерти, что больные предпочитаютъ самую смерть этимъ мученіямъ.

У меланхоликовъ внезапно усилившійся припадокъ страха (raptus melancholicus) можетъ вызвать самоубійство. Дотолѣ колеблящагося, нерѣшительнаго во всѣхъ поступкахъ больного внезапное усиленіе аффекта, появленіе интенсивныхъ галлюцинацій или какое-нибудь внѣшнее побужденіе заставляютъ наложить на себя руки.

Самоубійство на почвѣ меланхолическихъ ощущеній и чувствъ наблюдаютъ еще въ стадіяхъ угнетенія галлюцинаторнаго бреда, при алкоголизмѣ, прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи, рѣдко при циркулярномъ психозѣ.

d) Бредовыя представленія параноиковъ ведутъ къ самоубійству слѣдующимъ образомъ:

Больной не хочетъ переносить долѣе преслѣдованій, которымъ онъ подвергается; или смертью своей онъ думаетъ подвергнуть своихъ преслѣдователей тяжкой отвѣтственности. Самоубійство изъ-за такихъ побужденій случается и у слабоумныхъ отъ рожденія, при паранойныхъ бредовыхъ представленіяхъ у прогрессивныхъ паралитиковъ и при старческомъ слабоуміи.

e) Идеи величія становятся причиной непреднамѣреннаго самоубійства, когда, напримѣръ, больной желаетъ доказать на дѣлѣ, что онъ въ состояніи летать, что онъ безсмертенъ, и съ этой цѣлью совершаетъ опасные прыжки.

f) Галлюцинаціи, особенно слуха, на почвѣ меланхоліи или паранои, могутъ вести къ самоубійству. Онѣ приказываютъ больному убить себя. Одна изъ моихъ больныхъ меланхоліей утопилась, желая помочь мужу; она видѣла его тонущимъ въ рѣкѣ, слышала его взыванія къ помощи, но то были галлюцинаціи.

g) Сумеречныя состоянія сознанія, въ которыхъ всплываетъ воспоминаніе о прежнихъ идеяхъ самоубійства. Вслѣдствіе нарушенія разсудительности, эти идеи могутъ приводиться въ исполненіе (эпилепсія, алкоголизмъ).

Самый способъ, которымъ больной пытается убить себя, позволяетъ иногда распознать болѣзненную форму, вызывающую стремленіе къ самоубійству.

Упорствомъ при попыткахъ къ самоубійству отличаются меланхолики. Это упорство иногда до такой степени преобладаетъ въ картинѣ болѣзни, что была даже рѣчь о melancholia suicidii. Въ такихъ случаяхъ нерѣдко особенно выступаетъ насильственность употребляемыхъ средствъ. Одинъ меланхоликъ, выпущенный изъ психіатрическаго заведенія неисцѣленнымъ, заползъ съ вечера въ печь булочника, зная, что ее затопятъ на слѣдующее утро, и тамъ застрѣлился. Другіе поджигаютъ свою кровать, бѣлье, поливъ ихъ керосиномъ. Нерѣдко попытка къ самоубійству сопровождается нанесеніемъ себѣ увѣчья. Одинъ престарѣлый священникъ-меланхоликъ пытался покончить съ собой, отрѣзавъ себѣ половой членъ, которымъ онъ, по его заявленію, согрѣшилъ лѣтъ пятьдесятъ тому назадъ, предаваясь онанизму. Одна больная сунула въ пламя сначала языкъ, которымъ она поносила Бога, а потомъ уже бросилась въ огонь, Одинъ молодой человѣкъ отрубилъ себѣ на берегу рѣки правую руку, которая послужила ему для ложной клятвы, а потомъ утопился.

Изъ меланхоликовъ рекрутируются обыкновенно и тѣ самоубійцы, которые сначала убиваютъ жену и дѣтей своихъ, чтобы спасти ихъ отъ несчастій житейскихъ.

Параноикъ убиваетъ себя, принимая во вниманіе всѣ внѣшнія условія, какъ хладнокровно разсуждающій здоровый субъектъ. Истеричныя часто грозятъ самоубійствомъ, по большей части изъ-за паранойныхъ представленій: на нихъ недостаточно-де обращаютъ вниманіе, не вѣрятъ въ ихъ болѣзнь и т. д. Сама попытка къ самоубійству обыкновенно несерьезная. Тѣмъ не менѣе никогда не слѣдуетъ слишкомъ разсчитывать на ея неудачу, такъ какъ нежелаемая, въ сущности, самой больной или больнымъ смерть можетъ наступить отъ неосторожности.

Самоубійство паралитиковъ обыкновенно носитъ отпечатокъ умственной слабости, недостаточной энергіи въ исполненіи, вслѣдствіе чего больной вдругъ останавливается во время самой попытки. Одинъ изъ моихъ паралитиковъ, намѣреваясь отравиться окисью углерода, отворилъ окно изъ боязни (какъ онъ потомъ разсказывалъ), что угольный газъ „упадетъ ему на бронхи“, а онъ-де такъ склоненъ къ катаррамъ.

Другой паралитикъ, желая лишить себя жизни, раздѣлся на берегу рѣки, вошелъ по колѣна въ воду, но потомъ вернулся вспять, „потому, что онъ страдалъ ревматизмомъ, который можетъ легко возвратиться отъ простуды“.

Иногда душевно-больные пробуютъ убить себя то отказомъ отъ пищи

(меланхолія, параноя), то вводя разныя инородныя тѣла въ носъ, желудокъ, мочевой пузырь, влагалище и пр., или обвиняя себя въ наказуемыхъ смертной казнью преступленіяхъ, въ надеждѣ быть казненными (самоубійство косвеннымъ путемъ). Душевно-больныя женщины отличаются вообще большей наклонностью къ самоубійству, чѣмъ душевно-больные мужчины.

Въ нѣкоторыхъ семьяхъ самоубійство встрѣчается необыкновенно часто; иногда жертвою его становится значительная часть членовъ семьи въ опредѣленномъ возрастѣ, какъ при нѣкоторыхъ соматическихъ наслѣдственныхъ болѣзняхъ.

Наибольшое число самоубійствъ приходится на лѣто, особенно на іюнь мѣсяцъ.

D. Патологическая анатомія душевныхъ болѣзней.

1. Въ цѣломъ рядѣ психозовъ не оказывается, при вскрытіи, никакихъ анатомо-патологическихъ измѣненій. Въ другихъ же случаяхъ обнаруживаются только такія измѣненія, каковы гиперэмія, анэмія, венные застои и пр., которые находятся въ связи не съ самимъ психозомъ, но съ причиной смерти или съ агоніей.

2. Но у иныхъ душевно-больныхъ существуютъ *макроскопическія* измѣненія мозговыхъ оболочекъ: пахименингитъ, утолщеніе или утонченіе, гематома, приращенія твердой мозговой оболочки (послѣднее приблизительно въ 50% случаевъ), Пахіоновы грануляціи, отекъ или утолщеніе паутинной оболочки съ непрозрачностью или молочнымъ помутнѣніемъ ея, особенно на темени и вдоль верхней продольной венной пазухи (sinus longitudinalis superior). Впрочемъ, пораженія эти столь же мало характерны для психическаго заболѣванія, какъ и раствореніе хроматическаго вещества (chromatolysis), находимое у душевно-больныхъ въ большемъ или меньшемъ числѣ нервныхъ мозговыхъ клѣтокъ.

Что всѣ эти измѣненія ничуть не доказываютъ существованія при жизни психическаго заболѣванія—видно уже изъ того, что они встрѣчаются и у людей, никогда не представлявшихъ психическихъ разстройствъ.

3. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ идіотизма и вообще при органическихъ душевныхъ болѣзняхъ имѣются аномаліи мозга и его оболочекъ, о которыхъ будетъ сказано при описаніи этихъ состояній.

При вторичномъ слабоуміи, рядомъ съ хроническимъ воспалительнымъ процессомъ въ мозговыхъ оболочкахъ, находятъ въ большинствѣ случаевъ уменьшеніе вѣса мозга—въ среднемъ на 200 граммъ, причемъ наибольшій процентъ убыли (обратно тому, что наблюдается при прогрессивномъ параличѣ) приходится не на лобную часть мозга (*Parchappe* и *Bucknill*). Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ по большей части, но не всегда, накопленія жира и пигмента въ гангліонарныхъ клѣткахъ, увеличеніе числа ядеръ въ сосудистыхъ стѣнкахъ и расширеніе волосныхъ сосудовъ, обыкновенно бѣдныхъ кровью.

Распознаваніе душевныхъ болѣзней.

Установить существованіе душевной болѣзни легко въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются на-лицо галлюцинаціи при твердой вѣрѣ больного въ ихъ объективную реальность или если уже при первомъ или первыхъ изслѣдованіяхъ рѣзко обнаруживаются бредовыя представленія безсмысленнаго, чудовищнаго содержанія. Тамъ же, гдѣ приходится имѣть дѣло съ нерѣзко выраженными признаками психическаго разстройства, связь ихъ съ пораженіемъ мозга можетъ иногда узнаваться по нѣкоторымъ характернымъ для этихъ заболѣваній соматическимъ разстройствамъ или симптомамъ (напр. при прогрессивномъ параличѣ).

Для отличенія бреда, вызываемаго лихорадочнымъ состояніемъ, отъ безсвязныхъ рѣчей помѣшанныхъ служитъ термометръ.

Рѣшеніе вопроса о томъ, слѣдуетъ-ли разсматривать даннаго субъекта какъ душевно-здороваго или же какъ душевно-больного [1])—можетъ стать сомнительнымъ или затруднительнымъ при слѣдующихъ условіяхъ: 1) при прирожденномъ слабоуміи (imbecillitas—см. описаніе его); 2) при вторичныхъ состояніяхъ умственной слабости и 3) при утаиваніи, диссимуляціи фактически существующихъ обмановъ чувствъ и бредовыхъ представленій.

При достаточныхъ и надежныхъ анамнестическихъ данныхъ діагностика облегчается сообщеніемъ изслѣдуемому субъекту событій изъ его анамнеза, причемъ по его отвѣтамъ, по манерѣ реагировать на уличающіе его факты можно бываетъ узнать, имѣются-ли еще на-лицо признаки душевнаго разстройства.

При отсутствіи достаточно полнаго и надежнаго анамнеза, во многихъ случаяхъ невозможно обойтись безъ помѣщенія больного въ психіатрическое заведеніе для наблюденія за нимъ, причемъ необходимы иногда повторныя изслѣдованія.

Относительно распознаванія отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней отсылаемъ къ отдѣлу частной психіатріи.

При рѣшеніи вопроса о томъ, надобно-ли признать даннаго субъекта, бывшаго душевно-больнымъ, окончательно выздоровѣвшимъ, необходимо принимать во вниманіе слѣдующія обстоятельства: паціентъ говоритъ спокойно и объективно о бывшей у него болѣзни, причемъ онъ иногда все же старается оправдать или смягчить нѣкоторые изъ своихъ поступковъ въ теченіи болѣзненнаго душевнаго состоянія, выставляетъ ихъ нелишенными основанія, вызванными фактическими событіями вокругъ него Или же оказывается, что вполнѣ возстановился обычный характеръ больного, что по своему отношенію къ домашнимъ онъ сталъ „прежнимъ“.

Переходъ въ выздоровленіе возвѣщается обыкновенно увеличеніемъ вѣса тѣла при одновременномъ ослабленіи болѣзненныхъ психическихъ проявленій.

---

[1]) *Heilbronner*, Krankheitseinsicht. Zeitschr. f. Psych., 58, 1901.

Но доказательство своему полному выздоровленію пацієнтъ даетъ только тогда, когда, возвратившись въ прежнія условія жизни, онъ оказывается способнымъ жить и рѣшать жизненныя задачи какъ до своего заболѣванія.

Положеніе *Willis*'а: „ни одинъ душевно-больной не долженъ быть разсматриваемъ какъ выздоровѣвшій до добровольнаго признанія имъ своихъ заблужденій"—не выдерживаетъ критики въ такой категорической формѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно безъ всякихъ опасеній признать выздоровленіе, несмотря на существованіе болѣе или менѣе ограниченныхъ остаточныхъ бредовыхъ представленій, если только эти послѣднія не оказываютъ вліянія на поступки. Но въ этомъ, конечно, возможно убѣдиться въ большинствѣ случаевъ лишь послѣ продолжительнаго наблюденія за находящимся уже на свободѣ и въ прежней своей средѣ пацієнтомъ.

Душевная болѣзнь часто симулируется, особенно съ судебно-медицинской цѣлью—для полученія вознагражденія за психическое разстройство, будто-бы причиненное третьимъ лицомъ или несчастнымъ случаемъ; для расторженія договора или брака; чтобы избавиться отъ грозящаго или уже отбываемаго по суду наказанія.

Формы психическаго разстройства, которыя должны быть приняты тутъ во вниманіе, слѣдующія: 1) маніакальное неистовство, 2) слабоуміе, 3) ступоръ и 4) эпилептическое помѣшательство.

Неистовство и ступоръ симулировать очень трудно. Здоровый человѣкъ не въ состояніи безъ перерывовъ, не принимая ни пищи, ни питья, предаваться такъ долго насильственнымъ дѣйствіямъ, какъ неистовствующій маніакъ, или же оставаться неподвижнымъ дни и ночи, какъ ступорозный больной. При симулированномъ оцѣпенѣніи отсутствуютъ также нѣкоторыя сосудистыя разстройства, а также кататоническіе и гипотоническіе физическіе признаки, свойственные ступору. Симулировать опредѣленную душевную болѣзнь было бы трудно даже психіатру, который при этомъ легко бы выходилъ изъ роли. Симулированный эпилептическій припадокъ узнается по нормальной реакціи зрачковъ, по отсутствію судорогъ жевательныхъ мышцъ, укушеній языка, спазма дыхательныхъ мышцъ и обусловленной послѣднимъ синюхи лица, и пр.

Всего легче симулируется слабоуміе. Но и тутъ распознать притворство можно по преувеличеніямъ [1]) и безсмысленности отвѣтовъ, по испытую-

---

[1]) Одинъ мужчина, обвинявшійся въ обманѣ, утверждалъ, что не знаетъ ни своего возраста, ни времени года, ни счета денегъ. Изъ переданнаго имъ мнѣ кошелька я вынулъ одну марку; онъ сказалъ, что не знаетъ сколько составляетъ эта монета. Я показалъ вынутую изъ моего портмоне полумарочную монету, которую онъ тоже не призналъ. Тогда я положилъ полъ-марки въ его кошелекъ, а марку—въ свой собственный и сдѣлалъ видъ, будто хочу удалиться съ сопровождавшими меня лицами. Но когда я уже былъ у двери, притворщикъ закричалъ, что я взялъ изъ его кошелька вдвое больше, чѣмъ положилъ въ него. Послѣ этого удалось очень скоро добиться отъ него признанія въ симуляціи, чему помогло и то обстоятельство, что я показалъ ему его недавнія писанія, хранившіяся у него въ комодѣ, въ которыхъ весьма точно, съ приведеніемъ всѣхъ чиселъ мѣсяца, были помѣчены всѣ его полученія и расходы.

щему взгляду притворщика, по выраженію его лица, выдающему напряженіе при симуляціи—въ противоположность безучастному, пустому выраженію лица слабоумныхъ.

Притворщикъ обыкновенно старается показать симулируемыя имъ ненормальности, тогда какъ у душевно-больныхъ по большей части лишь съ трудомъ удается узнать бредовыя представленія.

Наблюденіе при содѣйствіи опытнаго персонала служителей обыкновенно можетъ разсѣять всякія сомнѣнія, особенно если оказывается, что испытуемый субъектъ ведетъ себя совершенно иначе, думая, что за нимъ не слѣдятъ въ данную минуту, чѣмъ когда за нимъ открыто наблюдаютъ или при врачебномъ осмотрѣ: въ первомъ случаѣ онъ спитъ, ѣстъ и пьетъ, между тѣмъ какъ онъ отказывается отъ пищи при свидѣтеляхъ.

Притворство обнаруживается иногда письменными замѣтками испытуемаго субъекта, содержаніе которыхъ въ рѣзкомъ противорѣчіи со всѣмъ поведеніемъ притворщика.

Продолжительная симуляція душевной болѣзни—въ теченіе недѣль или мѣсяцевъ—наблюдается весьма рѣдко. Слѣдуетъ вообще замѣтить, что, по мѣрѣ того, какъ ростетъ его опытность, психіатръ все рѣже и рѣже ставитъ діагностику симуляціи.

Но душевно-больные симулируютъ довольно часто нѣкоторые симптомы „шутки ради“ или для того, чтобы сердить врача и прислугу, или же, наконецъ, для достиженія личныхъ выгодъ. Такъ какъ эти больные нерѣдко обладаютъ извѣстною опытностью въ психіатрическомъ отношеніи, пріобрѣтенной ими въ заведеніи, то у нихъ зачастую нелегко опредѣлить симулируемые симптомы.

Чаще симуляціи несуществующей душевной болѣзни скрывается, *диссимулируется* имѣющаяся дѣйствительно на-лицо душевная болѣзнь. Это дѣлается по большей части съ цѣлью избѣжать лишенія юридической правоспособности или чтобы добиться отмѣны уже объявленной неправоспособности.

Но подобныя диссимуляціи бываютъ и на судѣ, чтобы не попасть въ домъ умалишенныхъ или высвободиться изъ него для отбыванія ограниченнаго по времени наказанія, которое больной предпочитаетъ пребыванію въ психіатрическомъ заведеніи на неограниченное время.

Душевно-больной Gnauks, приговоренный за оскорбленіе величества и отбывшій свое наказаніе, объявилъ потомъ, что онъ ничего не сказалъ судьѣ о голосахъ, побудившихъ его къ оскорбленію величества, потому, что ему все равно не повѣрили бы, а если бы и повѣрили, то заключили бы въ домъ для умалишенныхъ, откуда онъ никогда бы не вышелъ. Поэтому онъ и предпочелъ отбыть наказаніе.

F. Предсказаніе при психозахъ

зависитъ отъ формы, въ которой проявляется душевная болѣзнь. Оно неблагопріятно при идіотизмѣ, при органическихъ психозахъ, за исклю-

ченіемъ сифилитическихъ, и при хроническихъ формахъ паранои; оно весьма сомнительно при эпилептическихъ психозахъ, особенно въ виду рецидивовъ, также въ извѣстной долѣ интоксикаціонныхъ психозовъ. Оно благопріятно при галлюцинаторномъ бредѣ, маніи, меланхоліи, остромъ слабоуміи (dementia acuta); сомнительно при острой параноѣ, истерическихъ и нѣкоторыхъ интоксикаціонныхъ психозахъ. Предсказаніе омрачается, даже если оно и было благопріятно передъ тѣмъ, когда психозъ длится уже годъ безъ явственныхъ признаковъ улучшенія.

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ наступаетъ выздоровленіе, важнымъ въ прогностическомъ отношеніи является вопросъ о возможности рецидивовъ или періодическаго теченія болѣзни.

Частыхъ рецидивовъ слѣдуетъ особенно опасаться при тяжелой психопатической наслѣдственности. Въ такихъ случаяхъ вліяніе новыхъ вредоносныхъ факторовъ легко можетъ вызвать и новое душевное заболѣваніе.

Рецидивъ черезъ нѣсколько лѣтъ или даже десятковъ лѣтъ можетъ проявиться въ той же формѣ, что и первоначальное заболѣваніе: возникаютъ опять тѣ же меланхолія, манія или галлюцинаторный бредъ и съ точно такими же бредовыми представленіями и обманами чувствъ, какъ десятки лѣтъ тому назадъ. Въ другихъ случаяхъ рецидивъ принимаетъ форму маніи, хотя первоначальное заболѣваніе сказалось меланхоліей, и наоборотъ.

Предсказаніе при рецидивахъ, особенно у наслѣдственныхъ психопатовъ, менѣе благопріятно, чѣмъ при первоначальномъ заболѣваніи, но выздоровленіе возможно и послѣ многократныхъ рецидивовъ.

Слѣдуетъ опасаться періодической формы душевной болѣзни, когда у субъекта съ сильной психопатической наслѣдственностью первый припадокъ появляется уже въ юношескомъ возрастѣ, протекая при значительныхъ ремиссіяхъ и поразительно быстро переходя въ выздоровленіе.

Діагнозъ періодическихъ и циркулярныхъ формъ можно поставить съ полной увѣренностью лишь на основаніи наблюденія за теченіемъ болѣзни.

Въ прогностическомъ отношеніи важно также рѣшеніе вопроса о томъ, перейдетъ-ли или нѣтъ, рано или поздно, данный первичный психозъ—въ психозъ вторичный?

За неизлечимость говоритъ ослабленіе аффективности, свойственной первичнымъ психозамъ, при стойкости бредовыхъ представленій и галлюцинацій, сочиненіе больнымъ новыхъ словъ и, наконецъ, возстановленіе сна и увеличеніе вѣса тѣла безъ улучшенія психическихъ симптомовъ.

Вообще же въ психіатріи, еще болѣе, чѣмъ въ другихъ отрасляхъ практической медицины, примѣнимо правило, что для установленія предсказанія требуется крайняя осторожность.

Коэффиціенты, изъ которыхъ составляется наше сужденіе о предсказаніи, несравненно менѣе надежны и болѣе шатки при психозахъ, чѣмъ при другихъ болѣзняхъ, при которыхъ, какъ извѣстно, даже солидно, повидимому, обоснованная прогностика нерѣдко оказывается ошибочной.

G. Общая терапія [1]).

Профилактика душевныхъ болѣзней должна стремиться прежде всего къ устраненію наиважнѣйшей и наиболѣе частой причины психическихъ разстройствъ, именно наслѣдственнаго предрасположенія, запрещая вступленіе въ бракъ лицамъ, подвергавшимся душевнымъ заболѣваніямъ, а также алкоголикамъ, морфиноманамъ и пр.

Невозможность дѣйствовать въ этомъ направленіи путемъ законодательства накладываетъ на насъ обязанность вліять, по возможности, чрезъ поученіе публики.

Крайне важно извлекать возможно ранѣе дѣтей съ психопатической наслѣдственностью изъ среды ихъ нервно-больныхъ или психически-больныхъ родителей, отца или матери, помѣщая ребенка въ подходящій пансіонъ, чтобы устранить тѣмъ вредное вліяніе подражанія и родительскаго воспитанія. Въ Пруссіи законъ 2 іюля 1900 г. о воспитательномъ призрѣніи несовершеннолѣтнихъ даетъ въ этомъ отношеніи, при извѣстныхъ условіяхъ, защиту и неимущимъ.

При выборѣ профессіи надобно принимать въ соображеніе особенности субъектовъ, отягощенныхъ психопатической наслѣдственностью, отговаривая ихъ отъ занятій, требующихъ напряженнаго умственнаго труда и многочисленныхъ экзаменовъ.

Дальнѣйшая профилактика душевныхъ болѣзней заключается въ борьбѣ противъ алкоголизма и сифилиса, въ стремленіи улучшить народную пищу и гигіеническія условія жилищъ.

Что улучшеніемъ общегигіеническихъ условій можно въ этомъ направленіи достигнуть многаго—доказываетъ уменьшеніе кретинизма въ Германіи послѣ оздоровленія эндемическихъ очаговъ этой болѣзни, снабженія ихъ хорошей питьевой водой.

Установивъ существованіе въ данномъ случаѣ душевной болѣзни, врачъ долженъ прежде всего рѣшить вопросъ о необходимости помѣщенія паціента въ психіатрическое заведеніе или о возможности пользованія его на дому.

Помѣщеніе въ заведеніе становится необходимымъ:

1. Когда больной неистовствуетъ.

Условія жизни въ частной квартирѣ, неимѣніе достаточно опытныхъ людей для удерживанія больного, интересы остальныхъ обитателей квартиры или дома—все это требуетъ удаленія больного. Исключеніе изъ этого правила допустимо лишь въ томъ случаѣ, если самый характеръ припадка неистовства позволяетъ ожидать скораго прекращенія его и если на этотъ короткій срокъ возможно устроить вполнѣ достаточный домашній надзоръ за больнымъ.

Къ такимъ исключеніямъ принадлежатъ нѣкоторые случаи послѣ-

---

[1]) *Emminghaus*, Behandlung des Irreseins im Allgemeinen. Handb. der spec. Pathologie u. Therapie von *Penzoldt* u. *Stintzing*. Bd. 5, 1901; *Pelman*, Ueber die Behandlung der Geisteskrankheiten. Deutsche Klinik 1902.

эпилептическаго неистовства, эпилептическаго эквивалента, истерическаго неистовства и неистовства отъ отравленій.

2. Когда больной, не будучи въ состояніи неистовства, все же можетъ быть опасенъ самому себѣ или другимъ.

Сюда принадлежатъ всѣ случаи, въ которыхъ слѣдуетъ опасаться самоубійства—потому-ли, что больной уже покушался на свою жизнь или судя по формѣ даннаго душевнаго разстройства. Послѣднее относится особенно къ меланхоліи. Всякій меланхоликъ подозрителенъ въ смыслѣ стремленія къ самоубійству. При пользованіи меланхоликовъ на дому врачъ долженъ всегда заявить, что онъ не беретъ на себя отвѣтственности за могущія быть покушенія на самоубійство. Такихъ пацієнтовъ не слѣдовало бы принимать и въ открытыя заведенія для нервно-больныхъ.

Подобнымъ же образомъ надобно поступать и при другихъ психозахъ съ наклонностью къ самоубійству (алкоголизмъ, прогрессивный параличъ, старческое слабоуміе и пр.).

Больной можетъ, далѣе, грозить опасностью самому себѣ и членамъ своей семьи растратой своего состоянія, заключеніемъ безсмысленныхъ денежныхъ договоровъ, вступленіемъ въ бракъ, составленіемъ или отмѣненіемъ духовнаго завѣщанія.

По этимъ причинамъ приходится лишать свободы субъектовъ съ идеями величія (манія, періодическая манія, прогрессивный параличъ въ маніакальномъ періодѣ и пр.).

Опаснымъ для другихъ больной можетъ еще быть вслѣдствіе имѣющагося у него бреда преслѣдованія съ обманами чувствъ или безъ оныхъ. Особенно опасны галлюцинанты.

Галлюцинирующіе параноики, эпилептики и алкоголики должны быть всегда помѣщаемы въ домъ для умалишенныхъ.

Отъ такого помѣщенія, но при условіи постояннаго надзора на дому, можно воздержаться лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ значительное ослабленіе умственныхъ способностей исключаетъ или дѣлаетъ крайне невѣроятнымъ переходъ галлюцинаторныхъ чувственныхъ возбужденій въ опасные или вредные поступки.

Но систематизированныя бредовыя идеи, особенно съ характеромъ преслѣдованія, могутъ стать опасными для другихъ (и при отсутствіи галлюцинацій), если у больного еще не наступило ослабленіе умственныхъ способностей (параноики, алкоголики, сутяги).

Наконецъ, есть душевно-больные, не представляющіе ни бредовыхъ идей, ни обмановъ чувствъ, но которыхъ тѣмъ не менѣе необходимо подвергать заключенію въ домъ умалишенныхъ вслѣдствіе ихъ наклонности къ безнравственнымъ поступкамъ.

3. Отказывающихся отъ пищи душевно-больныхъ надобно помѣщать въ домъ умалишенныхъ, ибо только тамъ они могутъ найти себѣ надлежащій надзоръ и подходящее леченіе.

4. Но и при отсутствіи вышеупомянутыхъ причинъ (1—3) помѣ-

щеніе въ психіатрическое заведеніе является необходимостью всякій разъ, когда соціальныя условія дѣлаютъ невозможными леченіе больного и надзоръ за нимъ на дому.

5. Въ интересахъ леченія, помѣщеніе въ психіатрическое заведеніе требуется для полнаго успокоенія больного, для устраненія вредныхъ въ данный моментъ вліяній его обычной обстановки; далѣе, чтобы помѣшать ему поддерживать и ухудшать болѣзнь неосторожностями и излишествами, и для примѣненія терапевтическихъ средствъ, непримѣнимыхъ на дому.

При особенно благопріятныхъ внѣшнихъ обстоятельствахъ возможно, впрочемъ—въ исключительныхъ, конечно, случаяхъ—осуществить условія леченія психіатрическаго заведенія и на частной виллѣ.

Разъ помѣщеніе въ психіатрическое заведеніе рѣшено, слѣдуетъ привести его въ исполненіе по возможности немедленно. Во многихъ случаяхъ больной догадывается, даже когда ему ничего не говорятъ, о томъ, что съ нимъ должно случиться нѣчто особенное, что его намѣреваются помѣстить въ домъ умалишенныхъ—и потому бѣжитъ или покушается на свою жизнь. Это въ особенности относится къ меланхоликамъ и параноикамъ.

Передъ отправленіемъ въ домъ умалишенныхъ больному надобно сказать откровенно, что его помѣщаютъ въ больницу, и имѣть наготовѣ необходимыя силы для преодолѣнія могущаго быть съ его стороны физическаго сопротивленія. Больной сопротивляется до конца лишь въ исключительныхъ случаяхъ; чаще онъ подчиняется, убѣдившись въ безполезности сопротивленія. Если же онъ не подчинится, то въ его же интересахъ лучше прибѣгнуть къ насилію, чѣмъ, воздержавшись отъ него, оставить больного въ постоянномъ возбужденіи и опасеніи быть схваченнымъ.

Лишь въ исключительныхъ случаяхъ—при нѣкоторыхъ внѣшнихъ условіяхъ, напримѣръ, для избѣжанія скандала въ домѣ или на улицѣ отъ криковъ больнаго—дозволительно прибѣгнуть къ хитрости; но въ приведеніи ея въ исполненіе не должны, однако, участвовать врачи и служители того психіатрическаго заведенія, въ которое больной долженъ быть помѣщенъ. Отъ употребленія же наркотическихъ средствъ съ цѣлью болѣе легкой управы съ больнымъ слѣдуетъ воздержаться.

При леченіи надобно имѣть прежде всего въ виду причинное показаніе—indicatio causalis.

О немъ будетъ сказано въ частной психіатріи при описаніи отдѣльныхъ болѣзненныхъ формъ. Показаніе это требуетъ прежде всего составленія точнаго анамнеза и самаго тщательнаго физическаго изслѣдованія больного.

Замѣтимъ здѣсь только, что средства, вліявшія благопріятно при нѣкоторыхъ причинныхъ показаніяхъ, пробовали часто давать душевнобольнымъ и при отсутствіи всякаго такого показанія. Примѣромъ тому могутъ служить препараты щитовидной железы, о поразительномъ дѣйствіи которыхъ при слизистомъ отекѣ (миксэдемѣ) будетъ сказано дальше. Что же касается употребленія этихъ препаратовъ при не-миксэдематозныхъ

психозахъ, то критическое разсмотрѣніе полученныхъ при этомъ результатовъ не побуждаетъ къ дальнѣйшимъ опытамъ этого рода [1]).

Показаніями для симптоматическаго леченія служатъ слѣдующія состоянія, встрѣчающіяся при самыхъ различныхъ психозахъ:

1. *Страхъ и безпокойство.* Противъ нихъ употребляются препараты брома, по 1,0—1,5—2,0, нѣсколько разъ въ день, иногда въ соединеніи съ aqu. laurocer. и extr. hyosciami, напримѣръ: solutio natr. bromat. (e 12,0—18,0) 150,0; aqu. lauroc. 6,0; extr. hyosciami 1,0; syr. simpl. 30,0; три раза въ день по столовой ложкѣ.

Антипиринъ по 0,5—1,0, два—три раза въ день, фенацетинъ по 0,5, два—три раза въ день. Къ обоимъ этимъ средствамъ можно прибавлять codeini phosphorici по 0,03—0,05.

Испробовать можно также и тріоналъ in refracta dosi—по 0,5 раза три—четыре въ сутки.

Но всего дѣйствительнѣе опій, даваемый или in substantia, или въ видѣ extracti opii, въ количествѣ 0,05 утромъ и пополудни, а вечеромъ по 0,10. Въ случаѣ надобности дозы доводятъ до 0,10 утромъ и въ теченіе дня и до 0,15 на ночь. Или же назначаютъ tinct. opii simplex по 10—15—20—25 (!) капель.

Въ случаѣ ослабленія сердечной дѣятельности слѣдуетъ соблюдать осторожность. При запорѣ назначаютъ обильное употребленіе фруктовъ въ пищу, также послабляющія среднія соли или отваръ изъ cortex rhamni frangulae.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ не помогаетъ опій, успокоеніе достигается морфіемъ, лучше всего въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ (0,01 до 0,015. Опасаться морфиноманіи нечего, такъ какъ при наличности врачебнаго надзора всегда есть возможность отучить больного отъ морфія еще до полнаго выздоровленія его.

Раціонально также соединеніе морфія съ малыми дозами бромистоводороднаго скополямина (0,0002 — 0,0003). Если впрыскиванія морфія вызываютъ рвоту, то къ морфію прибавляютъ атропинъ (0,0001—0,0002).

Успокаивающимъ образомъ дѣйствуетъ, далѣе, постельное содержаніе (клинотерапія—*Guislain, Neisser*), которое показуется при состояніяхъ малокровія и у плохо упитанныхъ субъектовъ. Оно въ настоящее время почти во всеобщемъ употребленіи при острыхъ психозахъ. Покой въ постели вліяетъ благопріятно на кровообращеніе (учащеніе пульса уменьшается), замедляетъ дыханіе и содѣйствуетъ увеличенію вѣса тѣла или по крайней мѣрѣ замедляетъ похудѣніе.

Но постельное содержаніе слѣдуетъ примѣнять съ осторожностью въ случаяхъ онанизма; его надобно также часто прерывать при ипохондрическихъ состояніяхъ. Дѣло во томъ, что слишкомъ долгое лежаніе въ

---

[1]) *Pilcz*, Jahrb. f. Psych., стр. 92, 1901.

постели дѣлаетъ больныхъ апатичными, лишаетъ ихъ энергіи. Постельное содержаніе не примѣнимо у больныхъ, продѣлывающихъ въ постели разныя глупости (кувырканье и пр).

Успокаивающее дѣйствіе оказываютъ еще влажныя завертыванія. Все тѣло больного окутывается простыней, смоченной въ водѣ при 24—26° Реомюра, послѣ чего паціента завертываютъ въ шерстяное одѣяло. Въ такомъ положеніи онъ долженъ пролежать 1—2 часа. Процедуру эту можно повторять нѣсколько разъ въ день.

Наконецъ, дѣлаютъ также продолжительныя ванны съ поддержаніемъ постоянной температуры въ 26—28° Реомюра, причемъ на голову кладутъ холодный компрессъ. Продолжительность такихъ ваннъ 1—2—3—4 часа.

2. *Безсонница.* Если продолжительная безсонница и приноситъ несомнѣнный вредъ и требуетъ врачебнаго вмѣшательства, то, съ другой стороны, все же слѣдуетъ избѣгать слишкомъ частаго употребленія снотворныхъ средствъ; они не индифферентны для больного вообще и для состоянія его питанія въ частности.

Поэтому надобно сначала добиваться сна помощью вышеупомянутыхъ успокоительныхъ средствъ. Кромѣ полныхъ ваннъ, можно назначать, по вечерамъ, сидячія ванны при 28° Реомюра, въ продолженіе получаса; надѣвать влажные чулки или накладывать на животъ влажный компрессъ на ночь, производить общій массажъ за часъ до отхода ко сну. Только въ случаѣ недостаточности этихъ мѣропріятій приходится обратиться къ снотворнымъ лекарствамъ, давая ихъ, однако, не каждую ночь.

Въ качествѣ снотворныхъ лекарственныхъ средствъ употребляютъ:

Морфій въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ по 0,002—0,03 (!).

Діонинъ по 0,01—0,015 и героинъ по 0,01—0,02, оба въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ.

Сульфоналъ по 1,0 — 2,0. Его лучше всего назначать въ мелкомъ порошкѣ съ большимъ количествомъ теплой жидкости.

Отравленіе сульфоналомъ сказывается уменьшеніемъ количества мочи и окрашиваніемъ ея въ красный цвѣтъ гематопорфириномъ. Эта красноватая моча темнѣетъ при стояніи.

Тріоналъ и тетроналъ по 1,0—2,0, гедоналъ по 1,5—2,5, уретанъ по 2,0, бромидій (чайными ложками), амиленгидратъ по 3,0—4,0 въ капсулахъ или клистирахъ съ mucilag. gummi arab.

Паральдегидъ, по 5,0—8,0, придаетъ выдыхаемому воздуху противный запахъ, почему отъ него отказываются многіе больные. Его даютъ въ сахарной водѣ или въ малинномъ сокѣ. Средства этого надобно, впрочемъ, избѣгать при всѣхъ состояніяхъ раздраженія слизистой оболочки желудка и дыхательныхъ путей. Его можно также назначать въ клизмахъ—въ видѣ масляной эмульсіи.

При алкогольныхъ психозахъ, особенно при delirium tremens, также

при маніакальномъ неистовствѣ, дѣйствительнымъ оказывается хлоралъ-гидратъ даже тамъ, гдѣ всѣ только что упомянутыя средства не помогаютъ. Даютъ его въ количествѣ 3,0—4,0 въ растворѣ съ syn. cort. aurant., иногда и въ клизмахъ. При употребленіи хлорала, послѣ принятія даже малыхъ количествъ спиртныхъ напитковъ, зачастую появляется rash въ видѣ покраснѣнія всего тѣла, особенно верхней его половины и лица, исчезающій обыкновенно по прошествіи сутокъ. У сердечно-больныхъ при употребленіи хлоралъ-гидрата требуется осторожность.

Наконецъ, въ случаяхъ очень сильнаго возбужденія или когда не удается ввести лекарство ни черезъ ротъ, ни per anum, можно прибѣгнуть къ подкожному впрыскиванію scopolamini hydrobrom. 0,0005—0,001 или дюбуазина 0,0008—0,001—0,0015. Послѣ 5—10 минутъ наступаетъ обыкновенно успокоеніе, продолжающееся по большей части только нѣсколько часовъ. Болѣе продолжительное употребленіе этихъ средствъ неумѣстно, такъ какъ они весьма вредно вліяютъ на питаніе и легко вызываютъ коллапсъ.

Иногда всѣ упомянутыя лекарства оказываются безсильными. Тогда слѣдуетъ воздержаться отъ постояннаго повышенія дозъ, въ виду риска, при переходѣ за извѣстную границу, вызвать явленія коллапса. Въ такихъ случаяхъ больной спитъ иногда безъ снотворныхъ средствъ лучше, чѣмъ при употребленіи ихъ.

У очень истощенныхъ субъектовъ, при психозахъ послѣ острыхъ заразныхъ болѣзней, при интоксикаціонныхъ психозахъ и галлюцинаторномъ бредѣ—стаканъ хорошаго пива, два—три стаканчика крѣпкаго вина или пуншъ съ яичнымъ желткомъ дѣйствуютъ порой лучше всякихъ снотворныхъ лекарствъ.

3. Около больныхъ, отказывающихся отъ пищи, надобно всегда ставить на ночной столикъ чашку молока или бульона, нѣсколько булочекъ или сухарей. Больные эти зачастую начинаютъ ѣсть и пить, думая, что за ними не наблюдаютъ, тогда какъ при свидѣтеляхъ они упорно отказываются отъ всякаго питья и пищи.

Но если больной и такимъ образомъ не принимаетъ пищи, если невозможно заставить его глотать съ ложки или изъ чашки (съ особымъ горлышкомъ), то необходимо прибѣгнуть къ кормленію черезъ желудочный зондъ.

Простой угрозы такого способа кормленія или приготовленія къ нему иногда достаточно, чтобы побудить больного къ принятію пищи.

Смотря по состоянію силъ больного, можно, при абсолютномъ отказѣ отъ пищи, выжидать въ теченіе 3—4 дней, считая отъ послѣдняго пріема пищи. Если же выдыхаемый больнымъ воздухъ издаетъ похожій на хлороформъ запахъ ацетона, то не слѣдуетъ медлить съ кормленіемъ черезъ зондъ.

Зондъ вводятъ чрезъ нижній носовой проходъ, причемъ больной лежитъ на спинѣ съ нѣсколько приподнятой головой или же сидитъ на

стулѣ. Если этотъ способъ не удается, то зондъ вводится медленно чрезъ ротъ при помощи *Heister*'овскаго ротоваго зеркала.

Черезъ зондъ вливаютъ, дважды въ день, 750 куб. стм. молока, 150,0 сахара, 3 яйца съ примѣсью воды и полъ-стакана молока.

Вообще не надобно вводить черезъ зондъ больше одного литра питательной смѣси заразъ.

Въ подходящихъ случаяхъ съ кормленіемъ черезъ зондъ можно соединить употребленіе питательныхъ клизмъ (предпосылаемыхъ, напримѣръ, введенію зонда). При этомъ сначала ставятъ промывательное для опорожненія прямой кишки, потомъ вводятъ суппозиторій съ 0,05—0,075 extr. opii, спустя же четверть часа ставятъ питательную клизму по формулѣ *Leube* (мясопептонныя клизмы), *Ewald*'а (яичныя клизмы), *Riegel*'я (200,0 молока, 1 стаканъ краснаго вина, 2 яйца съ небольшимъ количествомъ соли) или *Ziehen*'а (½ литра воды, 2 яйца, 2 столовыя ложки крахмала и щепотка соли).

Примѣненіе питательныхъ клизмъ зачастую не удается вслѣдствіе быстраго изверженія наружу введенной въ прямую кишку смѣси.

Противъ *коллапса* отъ недостаточнаго пріема пищи — коллапса еще только грозящаго или уже наступившаго—прибѣгаютъ къ подкожнымъ вливаніямъ раствора поваренной соли.

Для этого лучше всего брать 9,0 поваренной соли на 1 литръ прокипяченной воды. Нагрѣтый до 33° Реомюра растворъ впрыскиваютъ подъ кожу нѣсколько разъ въ день, по 200 куб. стм., помощью обезпложеннаго въ кипящей водѣ шприца.

4. Противъ *слабости* и *коллапса* можно рекомендовать еще, кромѣ только что упомянутыхъ подкожныхъ вливаній солевого раствора, подкожныя впрыскиванія (1 — 2 шприца) 20% раствора coffeino-natrii salicylici (содержитъ 62,5 чистаго коффеина), сѣрнаго эфира (впрыскивать на спинѣ или на груди, но не на конечностяхъ — изъ опасенія параличей) или камфорнаго масла въ количествѣ одного Правацовскаго шприца. Впрыскиванія эти повторяютъ по мѣрѣ надобности.

5. Противъ *маранія мочей и каломъ и размазыванія испражненій* слѣдуетъ, помимо постояннаго надзора за больнымъ (его надобно часто отводить въ ватеръ-клозетъ), ограничить въ пищѣ количество веществъ, усиливающихъ отдѣленіе мочи (вообще жидкостей) и дающихъ слишкомъ много каловыхъ массъ.

Противъ извлеченія пальцами изъ задняго прохода кала и размазыванія его прибѣгаютъ къ повторяемымъ нѣсколько разъ въ день промываніямъ прямой кишки.

6. При неистовствѣ съ наклонностью къ разрушенію, противящемся всѣмъ другимъ средствамъ успокоенія, необходимо помѣщеніе больного въ изоляціонную камеру.

Такая изоляція заслуживаетъ предпочтенія передъ продолжительнымъ удерживаніемъ паціента больничной прислугой, съ которою онъ вступаетъ въ борьбу.

Примѣненіе механическихъ средствъ принужденія (смирительная рубашка, связываніе рукъ и ногъ и пр.) дозволительно лишь тамъ, гдѣ раны или накладываемыя для пользованія ихъ перевязки требуютъ абсолютной неподвижности паціента.

7. Отъ *самоубійства* можетъ предохранить только непрестанный надзоръ. Субъекты, подозрѣваемые въ наклонности къ самоубійству, не должны оставаться ни минуты—ни днемъ, ни ночью—безъ надзора.

8. *Пролежней* можно избѣжать, но далеко не всегда (decubitus acutissimus), строгимъ соблюденіемъ чистоты, устраненіемъ складокъ на простынѣ и примѣненіемъ водяныхъ подушекъ.

Если пролежень уже образовался, то его лечатъ цинковымъ клеемъ, ланолиномъ, борнымъ вазелиномъ (10 %). Заботятся также о свободномъ стокѣ гангренознаго ихора. Вялыя грануляціи пользуютъ уксуснокислымъ глиноземомъ, камфорнымъ виномъ, спиртомъ (20 %). Послѣ обмываній тщательно осушаютъ окружающую пролежень кожу.

Пища душевно-больныхъ (при отсутствіи, конечно, особыхъ показаній, напр. діабета, малокровія и пр.) должна быть смѣшанной, заключать въ себѣ молоко и фрукты въ изобиліи.

Спиртные напитки назначаются только для удовлетворенія спеціальнымъ показаніямъ.

Врачъ долженъ обращаться съ душевно-больными съ холодной серьезностью, проникнутой мягкостью.

Онъ долженъ избѣгать какъ угрозъ, такъ и насмѣшекъ надъ бредовыми представленіями и поведеніемъ паціента. Въ присутствіи душевно-больного не надобно говорить о неблагопріятномъ предсказаніи его болѣзни и вообще о вещахъ, которыя могли бы оскорбить его, если бы онъ сохранилъ свои нормальныя умственныя способности. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ вообще поступать, какъ поступаютъ съ паціентами, одержимыми тѣлесными болѣзнями. Врачъ не долженъ никогда пускаться въ не имѣющія ни малѣйшихъ шансовъ на успѣхъ попытки разубѣдить больного въ его галлюцинаціяхъ и бредовыхъ представленіяхъ („разумные доводы“ только вредятъ), но онъ не долженъ и соглашаться съ ними, ни даже допускать возможность ихъ обоснованности.

Лучше всего дать больному говорить, не отвѣчая ему, или постоянно повторять: „это слѣдствіе болѣзненно возбужденнаго воображенія“.

При малѣйшей возможности, больного слѣдуетъ занимать садовыми работами, пиленіемъ дровъ, складными играми; женщинамъ даютъ привычную имъ рукодѣльную работу и пр.

Для хроническихъ душевно-больныхъ много блага принесли земледѣльческія колоніи, организація которыхъ въ Германіи составляетъ крупную заслугу *Paetz*'а (Alt-Scherbitz).

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Частная психіатрія.

Пока еще не найденъ основной принципъ для классификаціи различныхъ формъ душевныхъ болѣзней. Тѣмъ не менѣе легко выдѣлить въ въ особую группу, во-первыхъ, тѣ психическія разстройства, которыя зависятъ отъ недостаточнаго развитія мозга—*идіотизмъ*, равно и тѣ, которыя, возникая въ теченіе жизни больного, обусловливаются несомнѣннымъ пораженіемъ мозга—*органическіе психозы*.

Точно также можно безъ затрудненія объединить въ общую группу *интоксикаціонныхъ психозовъ* всѣ душевныя разстройства, вызываемыя извѣстными ядовитыми веществами, и отнести къ четвертой группѣ *психозы, развивающіеся на почвѣ центральныхъ нейрозовъ*, каковы эпилепсія, истерія и Виттова пляска.

Что же касается классификаціи психозовъ, при которыхъ до сихъ поръ не удалось найти анатомо-патологическихъ измѣненій и которыя вмѣстѣ съ тѣмъ не принадлежатъ къ одной изъ вышепоименованныхъ формъ, то въ этомъ вопросѣ среди авторовъ существуетъ большое разногласіе во мнѣніяхъ. Такіе психозы принято называть *функціональными*. Это не значитъ, что при нихъ вообще не можетъ быть анатомо-патологическихъ измѣненій: послѣднихъ просто не удалось констатировать до сихъ поръ.

Въ этомъ отношеніи функціональные психозы аналогичны периферическимъ функціональнымъ нейрозамъ. Основываясь на такой аналогіи и въ виду неимѣнія лучшаго классификаціоннаго принципа, я считаю удобнымъ обозначать именемъ *меланхоліи* психозы, соотвѣтствующіе гиперэстезіямъ и нейральгіямъ въ сферѣ периферическихъ нервныхъ разстройствъ, именемъ *маніи* психозы, соотвѣтствующіе гиперкинезамъ, именемъ *слабоумія* (dementia) психозы, соотвѣтствующіе параличамъ.

Такъ называемую *параною* можно разсматривать какъ атактическое помѣшательство, т. е. такое, при которомъ первичнымъ явленіемъ служитъ разстройство координаціи представленій, причемъ сама энергія умственныхъ способностей можетъ оставаться неразстроенной, особенно въ началѣ болѣзни. Наконецъ, подъ именемъ *галлюцинаторнаго бреда* (delirium hallucinatorium) я выдѣляю еще особую форму психическаго разстройства, гдѣ первичнымъ и существеннымъ симптомомъ служатъ галлюцинаціи въ сопровожденіи значительнаго разстройства сознанія.

I. Идіотизмъ [1]).

Подъ именемъ идіотизма мы разумѣемъ состоянія умственной слабости и умственнаго паралича, обусловливаемыя задержкой въ развитіи мозга.

Если умственная слабость достигаетъ лишь нѣкоторой степени, то состояніе это называется слабоуміемъ — imbecillitas. Если же она доходитъ до значительной степени или же когда вообще никакого умственнаго развитія совершиться не могло, то состояніе это называется идіотизмомъ.

1. Слабоуміе, imbecillitas.

Смотря по тому, имѣетъ-ли оно причиной вліянія, дѣйствовавшія до рожденія или же только въ первые годы жизни, слабоуміе можетъ быть:

a) *прирожденнымъ* или

b) *пріобрѣтеннымъ*.

Прирожденное слабоуміе въ очень многихъ случаяхъ проявляется уже въ первые годы жизни. Ребенокъ крайне безпокоенъ, непослушенъ, иногда даже грубъ и насильственъ по отношенію къ домашнимъ, очень рано уже обнаруживая наклонность вредить своимъ братьямъ и сестрамъ или товарищамъ по играмъ. Лживость, любовь мучить животныхъ, безпричинная смѣна настроеній отличаютъ такихъ дѣтей уже ранѣе школьнаго возраста. Въ школѣ они лѣнивы, разсѣяны, мало успѣваютъ въ ученіи; частыя наказанія остаются безъ дѣйствія, дѣлая ихъ еще болѣе необузданными и непослушными. Когда дѣло идетъ о дѣтяхъ богатыхъ семей, то смѣна домашнихъ учителей, пансіоновъ и школъ не приводитъ ни къ какому результату. Когда слабоумный, по миновании школьнаго возраста, во время котораго онъ успѣваетъ пройти лишь немного классовъ, поступаетъ въ ученіе къ какому-нибудь мастеру, то послѣдній обыкновенно скоро прогоняетъ его изъ-за неспособности и безнравственности. То же повторяется послѣ поступленія къ второму и къ третьему мастеру. Наконецъ, лишенный всякихъ средствъ къ существованію, слабоумный становится нищимъ или бродягой (см. стр. 47).

Въ противоположность этимъ *активнымъ* формамъ умственной слабости, совершенно иную картину даютъ *анэнергитическія* или *апатическія* формы слабоумія. Послѣднія проявляются съ первыхъ лѣтъ жизни безучастіемъ, равнодушіемъ и неизмѣннымъ спокойствіемъ, причемъ дѣти эти не умѣютъ играть со своими сверстниками, держатъ себя въ сторонѣ отъ нихъ, почему они нерѣдко даже считаются особенно послушными. Умственный изъянъ проявляется у нихъ явственно лишь при поступленіи въ школу, гдѣ они оказываются неспособными къ сосредоточенію вниманія (апросексія) и, стало быть, къ слѣженію за уроками и къ пониманію ихъ. Поэтому они застрѣваютъ въ низшихъ классахъ. Тѣмъ не менѣе по выходѣ или увольненіи изъ школы, если только имъ

---

[1]) *Hammaberg*, Uebersetzt von Walter Berger. Leipzig 1895. *Ziehen*, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1902.

удастся приняться за посильное для нихъ ремесло, не требующее самостоятельной умственной дѣятельности, они могутъ зарабатывать себѣ хлѣбъ, потомъ жениться и, если съ ними не случится никакихъ особенныхъ несчастій, то и закончить жизнь безъ того, чтобы ихъ умственная слабость стала общеизвѣстной. Но въ жизни такихъ субъектовъ не должно попадаться по пути камней преткновенія: иначе они споткнутся и погибнутъ матеріально или нравственно. Къ этому классу спокойныхъ слабоумныхъ отъ рожденія, не удовлетворяющихъ обыкновенно въ качествѣ сельскихъ рабочихъ требованіямъ своихъ работодателей, принадлежатъ и нѣкоторые новобранцы, которымъ очень скоро становятся непосильными задачи военной службы, послѣ чего они зачастую признаются душевно-больными, лишь подвергнувшись предварительно цѣлому ряду наказаній.

Наконецъ, надобно упомянуть еще о третьей категоріи слабоумныхъ отъ рожденія, не обнаруживающихъ при поступленіи въ школу психическихъ разстройствъ и даже отличающихся въ первое время ученія особенными способностями, что заставляетъ принимать ихъ иногда за геніальныхъ дѣтей. Но въ извѣстномъ возрастѣ, особенно въ періодѣ полового развитія, у нихъ происходитъ остановка умственнаго развитія безъ вмѣшательства всякаго новаго вредоноснаго момента. Такая остановка развитія иногда проявляется совершенно внезапно: точно сразу соскакиваетъ какой-то винтъ. Запасъ знаній въ такихъ случаяхъ навсегда ограничивается тѣмъ, чему до тѣхъ поръ удалось научиться.

Иногда при этомъ развиваются гебефреническія разстройства, которымъ по большей части предшествуютъ ипохондрическія жалобы, послѣ чего быстро развивается тотъ видъ слабоумія, который *Morel* назвалъ „раннимъ“ —démence précoce.

При пріобрѣтенномъ слабоуміи существенно поражаются обыкновенно только умственныя способности, но вышеописанныхъ разстройствъ въ области чувствъ и настроеній не бываетъ или же они проявляются лишь въ весьма слабой степени.

Частная симптоматологія.

1. Сила воспроизведенія.

У цѣлаго ряда слабоумныхъ память сохраняется вполнѣ; иногда она такъ хороша, что была даже рѣчь о гипермнезіи у этого рода субъектовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ слабоумные, вслѣдствіе такой превосходной памяти, обнаруживаютъ выдающіяся, хотя и односторонніе дарованія, имѣющія по большей части чисто механическій характеръ. Такъ, напримѣръ, они могутъ отличаться необыкновеннымъ искусствомъ въ ариѳметическихъ вычисленіяхъ, особенно въ умѣ, или же быть виртуозами на фортепіано, искусными рисовальщиками и т. д., а также импонировать знаніемъ языковъ или способностью запоминанія статей закона.

При пріобрѣтенномъ слабоуміи больной сохраняетъ способность воспроизводить выученное имъ раньше, тогда какъ для всего позднѣйшаго

память оказывается у него ослабленной, а способность воспринимать и сохранять новое—незначительной.

2. Мышленіе.

Слабоумный воспроизводитъ, то что онъ слышалъ, чему выучился, но онъ умственно не производитъ ничего. Если онъ и разсуждаетъ, то его сужденія, при ближайшемъ разсмотрѣніи, оказываются готовыми продуктами, заимствованными у другихъ. Настоящаго пониманія ихъ нѣтъ, какъ нѣтъ и возможности отдавать себѣ отчетъ въ томъ, какимъ путемъ образовалось сужденіе. Отсюда становится понятнымъ, почему такъ трудно бываетъ поколебать или опровергнуть эти неполныя или ошибочныя сужденія больного: дѣло въ томъ, что въ основѣ сужденій не имѣется представленій, которыя можно было бы исправить. Слабоумный говоритъ наизусть всѣ десять заповѣдей, онъ знаетъ ту изъ нихъ, противъ которой согрѣшилъ, но онъ не въ состояніи понять нравственнаго смысла ея или того параграфа уголовнаго закона, который онъ нарушилъ.

У слабоумныхъ существуетъ болѣзненное разстройство ассоціаціи представленій, которая, во-первыхъ, не имѣетъ нормальной своей интенсивности и, во-вторыхъ, совершается слишкомъ медленно.

Умственная слабость влечетъ за собой недостатокъ энергіи при выполненіи задуманнаго. Больной зачастую поступаетъ на новое мѣсто съ самыми благими намѣреніями, но у него не хватаетъ выдержки продолжать новую работу. Многое начинается, ничто не доводится до конца.

Для здоровой критики необходимы быстрое сцѣпленіе другъ съ другомъ ассоціацій, а также одновременное возникновеніе сочетающихся между собой и контрастирующихъ другъ съ другомъ представленій. Понятно, что у слабоумныхъ критика должна страдать отъ медленнаго хода ассоціацій. Слабоумные по большей части легковѣрны, поэтому надъ ними часто подсмѣиваются, пользуются ими для разныхъ цѣлей, отъ которыхъ терпятъ собственные ихъ интересы. Новыя религіозныя и политическія секты, мистицизмъ и спиритизмъ находятъ себѣ среди слабоумныхъ особенно много послѣдователей, вслѣдствіе упомянутаго недостатка критики. Съ слабостью представленій стоитъ въ связи непостоянство или неустойчивость вниманія, т. е. недостаточное сосредоточеніе на извѣстномъ представленіи или на рядѣ представленій. Вниманіе слабоумныхъ, если оно вообще имѣется, носитъ перемежающійся характеръ.

Примѣняя психометрическій способъ изслѣдованія, пробовали выразить цифрами ослабленіе силы и быстроты ассоціаціи представленій. *Ziehen* нашелъ, что слабоумнымъ надобно 705 сотыхъ долей секунды для сложенія какой-нибудь цифры съ единицей, тогда какъ здоровому ребенку для этой операціи достаточно 116 сотыхъ долей секунды.

Слабоумные отличаются необыкновенно сильнымъ эгоизмомъ. Уже въ родительскомъ домѣ они часто терпятъ отъ предпочтенія, оказываемаго ихъ здоровымъ братьямъ или сестрамъ; въ школѣ ихъ бранятъ и нака-

зываютъ, въ жизни они тоже терпятъ неудачи, не будучи въ состояніи усмотрѣть въ собственной умственной слабости причинъ такихъ неудачъ. Естественно поэтому, что они всюду видятъ себѣ противниковъ и думаютъ, что имъ всегда и во всемъ необходимо ставить на первый планъ личные свои интересы въ борьбѣ съ внѣшнимъ міромъ. Отсутствіе альтруистическихъ чувствъ еще болѣе усиливаетъ у нихъ любовь къ собственному *я*; чрезмѣрная забота о своемъ здоровьи нерѣдко вызываетъ ипохондрическій страхъ. Эгоизмъ часто порождаетъ хвастовство, а стремленіе къ удовлетворенію эгоистическимъ цѣлямъ, при недостаткѣ или слабости контрастирующихъ представленій, ведетъ къ безнравственнымъ, подлежащимъ карѣ закона поступкамъ. При этомъ, посколько дѣло идетъ объ удовлетвореніи или защитѣ своего *я*, нерѣдко проявляется особенная хитрость.

Причиняемый ему другими дѣйствительный или мнимый вредъ можетъ усилить недовѣрчивость слабоумнаго до идей преслѣдованія, и даже до бреда преслѣдованія, отличающихся отъ наблюдаемыхъ при параноѣ малой глубиной и большой измѣнчивостью.

3. Аномаліи чувствъ.

a) Чувственныя ощущенія. Нѣкоторые слабоумные обнаруживаютъ болѣзненное усиленіе ощущеній органовъ чувствъ: прожорливость, наклонность къ излишествамъ in Baccho et Veneгe. У другихъ замѣчается, наоборотъ, ослабленіе чувственныхъ ощущеній, особенно въ половой сферѣ, или же извращеніе полового чувства; иногда же въ этомъ отношеніи не бываетъ вообще никакихъ аномалій. Сознаніе своего болѣзненнаго состоянія имѣется лишь въ исключительныхъ случаяхъ у слабоумныхъ.

b) Нравственныя чувства. Подобно представленіямъ, которыя, будучи недостаточно интенсивными, отличаются поверхностностью, и нравственныя чувства обнаруживаютъ большую измѣнчивость у слабоумныхъ. Стойко преобладаютъ эгоистическія чувства, тогда какъ чувства альтруистическія слабо выражены или совсѣмъ отсутствуютъ. Дружба и благодарность держатся лишь пока онѣ связаны съ личной выгодой, нерѣдко выражаясь преувеличеннымъ образомъ на словахъ; но при первомъ кажущемся нарушеніи личныхъ интересовъ, онѣ смѣняются самыми ожесточенными обвиненіями. Что касается религіознаго чувства, то слабоумный часто отличается дряблой сентиментальностью. Это, однако, не мѣшаетъ ему проклинать Бога и міръ при первой неудачѣ. Настроеніе духа слабоумныхъ измѣнчиво въ соотвѣтствіи съ поверхностностью ихъ представленій и чувствъ.

4. Поступки.

a) Нѣкоторые слабоумные правильно и точно исполняютъ возложенную на нихъ работу, но только при условіи, чтобы не наталкиваться при ней на неожиданныя препятствія, о чемъ уже было сказано выше.

Такіе спокойные слабоумные часто обращаютъ на себя вниманіе не столько ненормальными поступками, сколько тѣмъ, что при данныхъ условіяхъ они не ведутъ себя такъ, какъ велъ бы себя здоровый человѣкъ.

b) Нѣкоторыхъ слабоумныхъ лишь съ трудомъ удается побудить къ какой-нибудь дѣятельности: „завтра, завтра—не сегодня“, повторяютъ они. Ихъ нельзя заставить встать рано съ постели; они остаются часами на одномъ и томъ же мѣстѣ, страшно долго одѣваются и пр.

c) Есть и такіе, которые отличаются необыкновенно легкой возбудимостью и раздражительностью. Безъ критики они отдаются всякаго рода фантазіямъ и увлеченіямъ, почему и не могутъ вести разумной, правильной жизни.

d) Четвертая категорія слабоумныхъ отличается смолоду наклонностью къ безнравственнымъ поступкамъ. О нихъ уже упоминалось, когда рѣчь шла объ активной имбецильности. Сюда относится значительное большинство случаевъ, описанныхъ подъ именемъ нравственнаго помѣшательства (moral insanity—см. стр. 46 и 47).

Иногда поступки больного направлены преимущественно на извѣстнаго рода преступныя дѣянія. Такіе случаи ошибочно принимались за мономанію (клептоманія и пр.), причемъ упускались изъ виду остальные болѣзненные симптомы.

Такъ какъ у этого рода преступниковъ душевное разстройство слишкомъ часто не узнается, вслѣдствіе чего ошибочно толкуется и самый мотивъ поступка, то необходимо обратить вниманіе на слѣдующіе пункты при разборѣ побудительныхъ причинъ этихъ преступныхъ дѣйствій:

1. Болѣзненный эгоизмъ, о которомъ уже было сказано, побуждаетъ этихъ субъектовъ къ чрезмѣрной заботѣ о личныхъ своихъ выгодахъ.

2. Нѣкоторые слабоумные желаютъ получить вознагражденіе или отмстить за причиненный имъ—по ихъ мнѣнію, преднамѣренно и безъ всякаго повода съ ихъ стороны—вредъ.

3. Отсутствіе нравственныхъ чувствъ служитъ причиной того, что упомянутые подъ 1. и 2. поступки не задерживаются, не подавляются въ достаточной мѣрѣ.

4. Отсутствіе критики не позволяетъ слабоумнымъ предвидѣть послѣдствія задуманныхъ ими или уже совершенныхъ поступковъ.

5. Слабоумнымъ часто вредитъ легкость, съ которою они попадаютъ подъ постороннее вліяніе. Нерѣдко они служатъ орудіями въ рукахъ здоровыхъ преступниковъ. Недаромъ слабоумные зачастую отличаются сильной наклонностью къ подражанію.

Слабоумный поступаетъ часто подъ вліяніемъ импульса, увлекаясь минутнымъ впечатлѣніемъ, причемъ сила импульса мѣшаетъ размышленію, долженствующему предшествовать дѣйствію.

7. Наконецъ, при обсужденіи поступковъ слабоумныхъ слѣдуетъ принимать во вниманіе невыносливость многихъ изъ нихъ по отношенію къ спиртнымъ напиткамъ.

Этихъ активныхъ слабоумныхъ надобно разсматривать какъ субъектовъ антисоціальныхъ, вредныхъ для общества.

Тѣлесныя измѣненія, сопровождающія имбецильность, а также этіологія и распознаваніе этой аномаліи, будутъ разсматриваться въ связи съ другими, относящимися сюда подробностями при описаніи идіотизма.

Имбецильнось протекаетъ иногда равномѣрно, давая клиническую картину, остающуюся болѣе или менѣе неизмѣнной до глубокой старости. Иногда же возникаютъ интеркуррирующимъ образомъ галлюцинаціи, могущія порождать бредовыя представленія. Соотвѣтственно умственной ограниченности больного, эти галлюцинаціи и бредовыя идеи не отличаются обыкновенно сложностью. На почвѣ слабоумія возникаютъ порой періодически повторяющіяся, преходящія состоянія возбужденія или подавленности, оставляющія обыкновенно за собой еще большее ослабленіе умственныхъ способностей. Порой на почвѣ имбецильности развивается параноя. Но прогрессивный параличъ лишь рѣдко наблюдается у этого рода слабоумныхъ.

Частое осложненіе имбецильности алкоголизмомъ очень вредно отражается на остаткѣ умственныхъ способностей.

5. Идіотизмъ [1]).

Здѣсь, какъ при имбецильности, надобно различать прирожденную и пріобрѣтенную формы.

а) *Прирожденная форма.*

Уже въ первые мѣсяцы жизни ненормальность ребенка бросается въ глаза. Онъ оказывается необыкновенно безпомощнымъ, едва способнымъ сосать грудь или пить изъ стклянки, съ трудомъ хватая и удерживая во рту сосокъ. Многіе спятъ постоянно и пробуждаются лишь съ трудомъ. Другіе кричатъ непрестанно, день и ночь. Нѣтъ ни улыбки, свойственной правильно развивающемуся младенцу, ни веселаго дрыганья ножками при удаленіи стѣснительныхъ пеленокъ. Существованіе мышечныхъ параличей, судорогъ и признаковъ вырожденія позволяетъ иногда установить распознаваніе идіотизма уже въ первые мѣсяцы жизни.

Изъянъ въ развитіи умственныхъ способностей или полное отсутствіе этого развитія проявляются въ дальнѣйшемъ теченіи болѣе или менѣе рѣзко и въ весьма различной степени.

При наивысшей степени идіотизма дѣло вообще не доходитъ до умственной дѣятельности: лицо остается безъ всякаго выраженія, не измѣняясь ни смѣхомъ, ни плачемъ. Ребенокъ не научается говорить— издаетъ лишь иногда нечленораздѣльные звуки, не знаетъ окружающихъ его людей. Ему приходится вливать или вкладывать пищу въ ротъ; или же, наоборотъ, онъ глотаетъ съ необыкновенной жадностью. Онъ постоянно

---

[1]) Слово идіотъ происходитъ отъ ἴδιος, что значитъ изолированный, обособленный отъ другихъ, съ которыми онъ лишенъ способности общенія.

марается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ребенокъ такъ и не научается ходить.

Между этой наивысшей степенью идіотизма, при которой нѣтъ совсѣмъ умственной жизни, и описанной ранѣе имбецильностью существуетъ цѣлый рядъ переходныхъ степеней, главные симптомы которыхъ будутъ изложены въ отдѣлѣ частной симптоматологіи.

b) *Пріобрѣтенная форма.*

У ребенка не замѣчаютъ никакой аномаліи до возникновенія у него болѣзни, служащей причиной остановки развитія мозга. Тутъ по большей части не бываетъ признаковъ вырожденія. Смотря по возрасту, въ которомъ заболѣваетъ ребенокъ, и по интенсивности разрушительнаго дѣйствія болѣзни на ранѣе пріобрѣтенное, идіотизмъ даетъ въ позднѣйшей жизни весьма различныя картины.

Частная симптоматологія идіотизма.

1. Чувственныя воспріятія.

Въ тяжелыхъ формахъ идіотизма нѣтъ вообще чувственныхъ воспріятій. Свѣтъ ощущается, но значеніе его не узнается. Ребенокъ слышитъ, но не научается понимать слова. Нѣтъ и способности идентификаціи, отождествленія: ребенокъ не узнаетъ матери, своей кроватки и пр.

Въ органѣ чувства, не служившемъ ни для одного воспріятія, не могутъ, конечно, возникать галлюцинаціи. Вообще же и у идіотовъ наблюдаются интеркуррирующія галлюцинаціи, хотя онѣ и не имѣютъ той интенсивности и того значенія, какъ у другихъ душевно-больныхъ. Заразныя болѣзни дѣтскаго возраста, зачастую вызывающія галлюцинаціи и бредъ, въ ограниченной только мѣрѣ являются причиной обмановъ чувствъ и бредовыхъ представленій у дѣтей-идіотовъ.

2. Сила воспроизведенія.

Въ тяжелыхъ случаяхъ память совершенно отсутствуетъ, но при болѣе легкихъ формахъ она существуетъ и ея развитіемъ обусловливаются нѣкоторыя особенныя способности прирожденныхъ идіотовъ.

3. Мышленіе.

Идіоты лишены способности разсужденія и умозаключенія. Кажущееся сохраненіе этой способности объясняется повтореніемъ сужденій другихъ лицъ. Нѣкоторые идіоты складываютъ и вычитаютъ, но они лишь въ исключительныхъ случаяхъ научаются умножать и дѣлить. Идіоты не пріобрѣтаютъ понятія о времени, а понятіе о пространствѣ у нихъ остается неполнымъ. Средняя степень нормальныхъ умственныхъ способностей у дѣтей разнаго возраста часто служитъ для сравнительнаго опредѣленія умственнаго состоянія идіотовъ. Такъ, напр., говорятъ, что двѣнадцатилѣтній идіотъ находится на уровнѣ умственнаго развитія трехлѣтняго ребенка.

4. Чувства.

Чувственныя ощущенія, чувства голода и жажды, ослаблены у многихъ идіотовъ, чѣмъ обусловливается и отсутствіе ощущенія сытости. Хотя многіе идіоты онанируютъ, но изъ этого еще нельзя заключить объ усиленіи у нихъ полового чувства. Нерѣдко половое влеченіе проявляется самымъ безстыжимъ и грубымъ образомъ. Сознаніе болѣзни у идіотовъ бываетъ лишь въ совершенно исключительныхъ случаяхъ. Что же касается до такъ называемыхъ разсудочныхъ чувствъ, то у нихъ обыкновенно сильно развито только себялюбіе, эгоистическое чувство.

По внѣшнимъ ихъ проявленіямъ идіотовъ раздѣляютъ на апатичныхъ или анергетическихъ и на эретичныхъ или версатильныхъ (измѣнчивыхъ, неустойчивыхъ). Послѣдніе то веселы и безконечно ласковы (постоянно лѣзутъ цѣловаться), то вдругъ начинаютъ плакать, кричать и даже бить.

Злобные идіоты по бо́льшей части продуктъ жестокаго обращенія съ ними, постоянныхъ наказаній и пр.

Есть, наконецъ, идіоты, отличающіеся ровнымъ характеромъ: ихъ называютъ добродушными, способными къ общежитію идіотами (gesellige Idioten).

5. Членораздѣльная рѣчь.

Нѣкоторые идіоты нѣмы. Они или не пріобрѣли вообще словесныхъ представленій (глухонѣмые идіоты), или имъ недостаетъ представленій, подлежащихъ внѣшнему выраженію (алогическіе идіоты, идіотическая нѣмота), или они не имѣютъ потребности выражать словами имѣющіяся у нихъ представленія, или у нихъ двигательный центръ рѣчи не образовался или разрушенъ какимъ-нибудь болѣзненнымъ процессомъ (двигательно-афазическіе идіоты) или же, наконецъ, не развились, разрушены двигательные проводники для словесныхъ представленій (анартрическіе идіоты.

Говорящіе идіоты начинаютъ произносить слова обыкновенно лишь съ четвертаго года жизни или даже позже. Нѣкоторые научаются лишь немногимъ словамъ. Другіе лишены способности составлять предложенія (акатафазія, употребленіе глаголовъ въ неопредѣленномъ наклоненіи), третьи запинаются (dysarthria litteralis). Настоящее заиканіе наблюдается рѣдко у идіотовъ, но оно часто у слабоумныхъ. Нѣкоторые идіоты говорятъ шопотомъ, другіе—со своеобразной интонаціей. Наконецъ, среди субъектовъ, страдающихъ пріобрѣтеннымъ идіотизмомъ, попадаются такъ называемые „вѣчные болтуны“: они непрестанно болтаютъ, сами не понимая что говорятъ. Нѣкоторые идіоты, лишенные способности членораздѣльной рѣчи, научаются пѣть очень хорошо.

Разстройства рѣчи сопровождаются соотвѣтственными разстройствами чтенія и письма. Многіе идіоты не научаются читать, другіе лишены всякой способности писать—аграфичны.

6. Тѣлесное состояніе.

Рахитъ и золотуха наблюдаются часто у идіотовъ. Въ связи съ послѣдней находятъ аденоидныя разрощенія носоглоточнаго пространства, которымъ хотѣли приписать отсутствіе способности сосредоточенія вниманія (agrosexia—*Guye*). Въ значительномъ большинствѣ случаевъ у идіотовъ имѣются на-лицо такъ называемые признаки вырожденія: чрезмѣрно длинныя верхнія конечности, слишкомъ короткія ноги, ненормальныя формы черепа, аномаліи развитія зубовъ и пр., о которыхъ было сказано выше.

Поразительно часто идіоты могутъ одинаково хорошо владѣть какъ правой, такъ и лѣвой рукой (ambidextria). Праворукость и лѣворукость встрѣчаются въ той же пропорціи, какъ и среди здоровыхъ людей. Нѣкоторые идіоты тяжелы и неповоротливы, тогда какъ у другихъ всѣ движенія отличаются обезьяноподобной юркостью. Часто наблюдаются автоматическія движенія: киваніе или потряхиваніе головой, маятникообразныя покачиванія туловища.

Именемъ паралитическаго идіотизма или слабоумія обозначаютъ особый подъ-видъ идіотизма въ сопровожденіи мышечныхъ параличей и контрактуръ, вызванныхъ обыкновенно тѣми болѣзненными состояніями мозга и его оболочекъ, которыя соединяются подъ общимъ названіемъ дѣтскаго спастическаго мозгового паралича [1]). Тутъ имѣется дѣло съ гемиплегіей или съ диплегіей, или же съ параплегіей, нерѣдко въ связи съ атетозомъ. Часто встрѣчаются неполныя, абортивныя формы, выражающіяся усиленіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, спазмодическими сокращеніями нижнихъ конечностей (paraspasmus cerebralis) или верхнихъ конечностей (dispasmus cerebralis) при отсутствіи паралитическихъ явленій; въ другихъ случаяхъ имѣются параличи отдѣльныхъ только мускуловъ (*König*).

Другой подъ-видъ идіотизма сопровождается эпилепсіей (эпилептическая имбецильность или эпилептическій идіотизмъ). Въ прирожденныхъ формахъ эпилептическіе припадки зачастую появляются уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ рожденія; позже они могутъ исчезнуть или замѣщаться эквивалентами. Въ дальнѣйшей жизни (лѣтъ около сорока) эпилептическіе припадки обыкновенно прекращаются у идіотовъ.

Почти треть всѣхъ случаевъ идіотизма сопровождается—то постоянно, то лишь преходящимъ образомъ—эпилептическими припадками.

7. Органы чувствъ и кожная чувствительность.

У 5% всѣхъ идіотовъ существуетъ прирожденная или пріобрѣтенная слѣпота. Особая форма ея, описанная подъ именемъ семейнаго амауротическаго идіотизма *Sachs*'а (Warren Tay 1881) [2]), характеризуется, помимо атрофіи зрительныхъ нервовъ (въ области maculae luteae находятъ

---

[1]) *Wachsmuth*, Cerebrale Kinderlähmung und Idiotie. Arch. f. Psych. 34. 3. 1901.
[2]) *Frey*, Neurol. Centralbl. 1901, стр. 836.

красное пятно, окруженное бѣлымъ полемъ, причемъ пораженіе это, судя по имѣющимся до сихъ поръ наблюденіямъ, не прирожденное, но пріобрѣтенное въ первые годы жизни), слабостью или даже паралитическимъ состояніемъ всей мускулатуры тѣла.

Прирожденная или пріобрѣтенная глухота встрѣчается у идіотовъ рѣже.

Чувство осязанія и мышечное чувство обыкновенно ослаблены.

Аномаліи рефлексовъ имѣются только при паралитической формѣ идіотизма.

Этіологія. Идіотизмъ встрѣчается у мальчиковъ вдвое чаще, чѣмъ у дѣвочекъ (2:1). Особенно часто поражаются идіотизмомъ первородныя дѣти (24 % по *Langdowne*'у).

Прирожденный идіотизмъ втрое чаще пріобрѣтеннаго (3:1).

Причины идіотизма могутъ заключаться:

1. Въ самомъ зародышѣ: браки между близкими родственниками, зачатіе въ состояніи опьянѣнія, большое различіе лѣтъ между родителями, душевныя болѣзни, нейрозы, алкоголизмъ (въ 10—20 % всѣхъ случаевъ идіотизма) или морфиноманія у родителей и пр.

2. Во вредоносныхъ вліяніяхъ, сказывающихся на зародышѣ: травматизмы матки, психическое сотрясеніе (shock) матери, заболѣванія матери во время беременности, наслѣдственный сифилисъ; рѣже наслѣдственная бугорчатка.

3. Во вредныхъ вліяніяхъ во время родовъ: слишкомъ медленные роды при узкомъ тазѣ, вдавленія и переломы черепа ребенка отъ наложенія щипцовъ. Случаи этого рода сопровождаются обыкновенно параличами типа *Little*'я (болѣзнью *Little*'я).

4. Во вредныхъ вліяніяхъ, дѣйствующихъ послѣ родовъ, причемъ можетъ участвовать и наслѣдственное предрасположеніе: раненія головы, сдавленіе головы повязками, употребленіе успокаивающихъ лекарственныхъ средствъ (алкоголь, маковый сокъ и пр.), даваемыхъ ребенку кормилицей или самими родителями, заболѣванія ребенка (особенно въ первые мѣсяцы жизни) Виттовой пляской, скарлатиной, также сифилисомъ и пр.

Патологическая анатомія [1]).

Со стороны черепа замѣчаются часто описанныя раньше аномаліи.

Микроцефалія, гидроцефалія, скафоцефалія, монгольскій типъ черепа, плагіоцефалія, прогенейный черепъ, нанноцефалія попадаются нерѣдко.

Broca называетъ микроцефалическимъ всякій головной мозгъ, вѣсящій 1019 или менѣе грм. у мужчины или 907 и менѣе грм. у женщины.

Онъ раздѣляетъ микроцефалію на истинную (отъ остановки развитія), ложную (псевдомикроцефалію), при которой можно констатировать суще-

[1]) *Schütte*, Zusammenfassendes Referat. Centralbl. f. allg. Pathologie und path. Anatomie, 1900.

ствованіе болѣзненныхъ процессовъ, и на сложную или сочетанную, зависящую отъ сочетанія двухъ предыдущихъ видовъ микроцефаліи.

Микроцефаличные идіоты по большей части возбуждены, легко раздражимы, болтливы, съ оживленнымъ выраженіемъ лица; наоборотъ, гидроцефаличные идіоты обыкновенно апатичны, съ безучастнымъ выраженіемъ лица, очень мало возбудимы и мало подвижны.

Пахименингитъ, менингитъ, сращеніе мозговыхъ оболочекъ другъ съ другомъ и съ поверхностью мозга часто встрѣчаются у идіотовъ.

Вѣсъ мозга по большей части меньше нормальнаго, особенно у микроцефаловъ. Тѣмъ не менѣе порою попадаются необыкновенно тяжеловѣсные мозги, особенно при бугристой гипертрофіи (hypertrophia tuberosa) мозга.

Дырчатые, поровидные дефекты въ области коркового слоя мозга (порэнцефалія—*Heschl*, 1859), уменьшеніе размѣровъ мозговыхъ извилинъ (микрогирія—mikrogyria), тонкая складчатость или морщинистость мозговой поверхности, съ весьма многочисленными, извилистыми и узкими мозговыми извилинами, порой въ сопровожденіи усиленнаго развитія сѣраго вещества и малаго развитія бѣлаго вещества, отсутствіе мозолистаго тѣла (corpus callosum), недостаточное развитіе operculi или мозжечка, гетеротопія сѣраго вещества—тоже иногда встрѣчаются у идіотовъ. Сюда относятся также болѣе или менѣе распространенный склерозъ и туберозная гипертрофія мозга. При этомъ имѣются зачастую и анатомо-патологическія измѣненія спинного мозга: гидроміэлія, сирингоміэлія.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ часто нормальное состояніе гангліонарныхъ клѣтокъ какъ въ качественномъ, такъ и въ количественномъ отношеніи. Въ такихъ случаяхъ причины психической аномаліи приходится искать въ болѣзненномъ измѣненіи системы ассоціаціонныхъ волоконъ.

Теченіе пріобрѣтеннаго идіотизма, особенно при наличности частыхъ эпилептическихъ припадковъ, отличается прогрессивностью. Какъ при идіотизмѣ, такъ и при имбецильномъ слабоуміи, возникаютъ интеркуррирующимъ образомъ состоянія возбужденія или угнетенія. Въ тяжелыхъ формахъ идіотизма больные рѣдко живутъ долѣе тридцати лѣтъ.

Распознаваніе. Чтобы установить существованіе въ данномъ случаѣ имбецильности или идіотизма, надобно прежде всего констатировать хроническое состояніе умственной слабости. Въ дѣтскомъ возрастѣ могутъ возникать всевозможныя душевныя болѣзни, не принадлежащія къ идіотизму. Если же у взрослаго субъекта окажется состояніе умственной слабости, то является вопросъ о томъ, прирожденное-ли оно, появилось-ли оно въ раннемъ возрастѣ или же послѣ того какъ развитіе мозга закончилось нормальнымъ образомъ. Здѣсь рѣшающее значеніе пріобрѣтаетъ анамнезъ и опредѣленіе степени умственнаго развитія, достигнутой до заболѣванія. Разъ установлено существованіе идіотизма, надобно еще опредѣлить, врожденный онъ или пріобрѣтенный, осложненъ-ли онъ паралитическими или эпилептическими явленіями.

По отношенію къ различительному распознаванію при имбецильности прежде всего является вопросъ о томъ, имѣется-ли дѣло съ субъектомъ умственно мало развитымъ въ физіологическихъ предѣлахъ или же съ душевно-больнымъ. Степень умственнаго развитія, которой можетъ достичь человѣкъ, зависитъ не только отъ нормальнаго или патологическаго состоянія его мозга, но также и отъ вліянія примѣра, отъ воспитанія и обученія, словомъ—отъ среды, въ которой человѣкъ выростаетъ. Поэтому, при составленіи исторіи болѣзни слабоумнаго, нельзя обойтись безъ изученія всего хода его умственнаго развитія. То что слѣдуетъ разсматривать какъ проявленіе умственной слабости у образованнаго человѣка, можетъ считаться нормальнымъ у какого-нибудь пастуха.

При наличности физическихъ признаковъ мозгового пораженія (параличей, эпилепсіи) или распространенныхъ и весьма значительныхъ признаковъ вырожденія, легче установить болѣзненный характеръ задержки въ развитіи умственныхъ способностей.

Граница между идіотизмомъ и имбецильностью не можетъ быть точно установлена. Имбецильностью называютъ ту степень идіотизма, при которой больной еще не исключенъ изъ общественной жизни, еще способенъ къ тому или иному ремеслу, тогда какъ идіотъ остается внѣ общественной жизни: онъ «экстра-соціаленъ».

Наконецъ, слѣдуетъ замѣтить, что прогрессивный параличъ въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ производить впечатлѣніе идіотизма. Въ такихъ случаяхъ важное діагностическое значеніе пріобрѣтаетъ существованіе наслѣдственнаго или пріобрѣтеннаго въ дѣтствѣ сифилиса въ связи съ рефлекторной окоченѣлостью зрачковъ и ненормальностями сухожильныхъ рефлексовъ, а также, въ особенности, имѣющіяся на-лицо разстройства рѣчи паралитическаго характера и прогрессивное теченіе болѣзни.

Предсказаніе. Идіотизмъ неизлечимъ, но у эпилептичныхъ идіотовъ улучшеніе психическаго состоянія наблюдается при соотвѣтственномъ леченіи эпилепсіи. Наихудшее предсказаніе по части возможности достиженія нѣкоторой степени умственнаго развитія даетъ пріобрѣтенная форма идіотизма.

Леченіе. Профилактика должна стремиться къ устраненію всѣхъ тѣхъ вредныхъ въ наслѣдственномъ отношеніи факторовъ, о которыхъ было сказано выше: отсовѣтованіе отъ браковъ между близкими родственниками, отъ браковъ съ душевно-больными или завѣдомыми нейропатами, ограниченіе употребленія спиртныхъ напитковъ и пр.

При имбецильности многаго можно достигнуть помощью обученія ремеслу, приноровленному къ способностямъ больного. Вспомогательныя кассы и вспомогательныя школы, число которыхъ въ настоящее время все ростетъ, являются весьма подходящимъ средствомъ для нѣкоторыхъ слабоумныхъ.

При леченіи идіотизма первымъ является вопросъ: надобно-ли помѣстить больного ребенка въ заведеніе или же пользовать его на дому? По истеченіи первыхъ шести лѣтъ жизни, лишь въ совершенно исключитель-

ныхъ случаяхъ возможно воспитывать идіотовъ подходящимъ образомъ въ семействѣ. Помѣщеніе ихъ въ заведеніе требуется какъ ради ихъ самихъ, такъ и въ интересахъ ихъ здоровыхъ братьевъ и сестеръ, и ихъ обыкновенно нервныхъ родителей. При наличности эпилептическихъ припадковъ слѣдуетъ давать бромъ, вмѣстѣ съ красавкой или безъ нея, въ разовыхъ дневныхъ пріемахъ по 2,0 — 3,0 — 4,0, смотря по возрасту. При головной водянкѣ можно испробовать поясничный проколъ или проколъ черепа. Что же касается краніэктоміи, то она умѣстна при идіотизмѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ—помимо идіотизма—имѣются показанія къ трепанаціи, каковы вдавленія черепа, переломы его и пр. Сама же по себѣ микроцефалія не даетъ никакихъ показаній для оперативнаго вмѣшательства.

Употребленіе препаратовъ щитовидной железы можетъ имѣть значеніе лишь при кретинныхъ формахъ идіотизма (см. описаніе ихъ). Пищевой режимъ при идіотизмѣ долженъ быть укрѣпляющій, но не возбуждающій. Спиртныхъ напитковъ лучше совсѣмъ не давать, тѣмъ болѣе, что слабоумные часто плохо переносятъ ихъ.

II. Функціональные психозы.

1. Галлюцинаторный бредъ [1]).

Галлюцинаторный бредъ (delirium hallucinatorium) есть функціональный психозъ, наступленіе и дальнѣйшее теченіе котораго характеризуются обманами чувствъ и значительнымъ пораженіемъ самосознанія [2]).

Вслѣдъ за короткимъ періодомъ предвѣстниковъ (въ теченіе нѣсколькихъ дней или недѣли), въ которомъ замѣчаются головныя боли, ощущеніе страха, часто также отдѣльныя галлюцинаціи и, въ особенности, безсонница, начинаетъ, наконецъ, ясно проявляться болѣзнь, могущая протекать троякимъ образомъ.

а) *Дѣятельный галлюцинаторный бредъ* (delirium hallucinatorium activum).

Больной говоритъ безсвязныя рѣчи, дѣйствія же его опредѣляются галлюцинаціями нѣсколькихъ, чаще всего всѣхъ органовъ чувствъ, отличающимися особенно живой смѣной ихъ. Больной то необыкновенно веселъ и счастливъ, цѣлуетъ и обнимаетъ окружающихъ его людей, радостно хлопаетъ въ ладоши, то является глубоко несчастнымъ, изрекаетъ проклятія, бьетъ что попадается ему подъ руку. Иногда слышатся отдѣльныя восклицанія, указывающія на мимолетное возвращеніе самосознанія, вродѣ: „у меня все помутилось въ головѣ“. Бредовыя идеи не обнаруживаютъ никакой системы; безпорядочно перепутываются самообвиненія съ идеями величія и разсказами фантастическихъ исторій якобы изъ собственной жизни или изъ жизни другихъ людей, которыхъ больной связываетъ съ собой.

---

[1]) Hallucinatorisches Irresein (*Fürstner*). Amentia (*Meynert*).

[2]) *Wille*, Arch. f. Psych. XIX, 1888. *Séglas*, Presse médicale 22, 1897. *Meyer*, Arch. f. Psych. 32, стр. 780, 1899.

Больной не отдаетъ себѣ отчета въ томъ, гдѣ онъ находится; онъ дезоріентированъ и по отношенію ко времени, не узнаетъ окружающихъ людей и предметовъ. Иногда возбужденіе усиливается до неистовства.

Постепенно галлюцинаціи ослабѣваютъ, больной успокаивается и обыкновенно выздоравливаетъ въ нѣсколько мѣсяцевъ.

b) *Страдательный галлюцинаторный бредъ* (Delirium hallucinatorium passivum).

Больной лежитъ спокойно въ кровати или же расхаживаетъ одѣтымъ по комнатѣ. Онъ говоритъ мало и даже молчитъ, но лицо его выражаетъ смѣну разныхъ чувствъ и ощущеній: онъ то улыбается, то кажется опять тревожнымъ и пугливымъ, то закрываетъ глаза, то, наоборотъ, куда-то неподвижно устремляетъ взоръ. Какъ при предыдущей формѣ, существуетъ полное нарушеніе способности оріентироваться.

Изъ этой спокойной формы иногда развивается боязливый ступоръ. Напряженное и пугливое выраженіе лица показываетъ, что манера держать себя обусловливается у больного гнетущими представленіями. И дѣйствительно, въ періодѣ выздоровленія пацієнты этого рода разсказываютъ о томъ ужасномъ состояніи духа, въ которомъ они пребывали во время ихъ кажущагося тѣлеснаго и душевнаго оцѣпенѣнія. Рѣже появляется ступоръ въ сопровожденіи кататоническихъ явленій.

c) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчается смѣна симптомовъ активной и пассивной формъ ступора.

Частная симптоматологія.

1. Иллюзіи и галлюцинаціи. Иллюзіи зрѣнія играютъ большую роль при галлюцинаторномъ бредѣ; онѣ и служатъ главной причиной нарушенія способности оріентироваться. Рядомъ съ ними и съ разнаго рода галлюцинаціями слуха особеннаго вниманія заслуживаютъ кинэстетическія галлюцинаціи. Больныхъ безпокоятъ покачиванія ихъ тѣла, точно они на морѣ; они чувствуютъ, что ихъ какъ будто перетаскиваютъ съ мѣста на мѣсто въ кровати, потомъ возносятъ на небо или же ввергаютъ въ нѣдра земли. Содержаніе бредовыхъ представленій вырабатывается согласно дальнѣйшему ходу этихъ обмановъ чувствъ.

Измѣнчивостью галлюцинацій отличается особенно активная форма болѣзни, тогда какъ пассивная форма протекаетъ обыкновенно при стойкихъ обманахъ чувствъ.

2. Бредовыя представленія. Какъ уже сказано, существуетъ быстрая и безсвязная смѣна гнетущихъ и маніакальныхъ представленій. Больной мнитъ себя то Богомъ-Отцомъ, то діаволомъ во плоти. Ему представляется все въ какомъ-то небесномъ сіяніи или разрушаемымъ огнемъ.

Въ діагностическомъ отношеніи важно знать, что всѣ эти бредовыя представленія не связаны между собой никакой системой.

3. Настроеніе духа соотвѣтствуетъ содержанію бредовыхъ представленій.

4. Пока длится болѣзнь, замѣчается нѣкоторая степень амнезіи. Сколько-нибудь точно могутъ быть воспроизведены только самыя главныя событія.

Иногда бываетъ и ретроградная амнезія въ томъ смыслѣ, что утрачивается воспоминаніе объ извѣстномъ періодѣ времени, предшествовавшемъ болѣзни.

5. Самосознаніе сильно затемнено; оно совершенно уничтожается, когда болѣзнь достигаетъ наивысшей своей степени. Массовой характеръ и постоянная смѣна галлюцинацій вызываютъ умственную запутанность, принадлежащую къ наиболѣе характернымъ симптомамъ галлюцинаторнаго бреда. Порой самосознаніе внезапно проясняется, но не надолго: „Гдѣ я“? „Я былъ не въ своемъ умѣ“—восклицаютъ больные, и пр.

6. Иногда имѣются разстройства рѣчи въ формѣ вербигераціи, delirii linguae, иногда въ видѣ сочинительства новыхъ словъ (paraphrasia vesanica).

7. Что касается соматическихъ симптомовъ, то въ этомъ отношеніи слѣдуетъ указать на нарушеніе сна и на отвращеніе отъ пищи, могущее усиливаться до полнаго отказа. Пульсъ и температура не обнаруживаютъ ничего ненормальнаго. Поэтому всякое повышеніе температуры должно заставить подозрѣвать возникновеніе соматическаго болѣзненнаго осложненія. Сухожильные рефлексы обыкновенно энергичны. Признаковъ органическаго пораженія центральной нервной системы не бываетъ.

Этіологія. Значительное число больныхъ галлюцинаторнымъ бредомъ ускользаетъ изъ рукъ психіатровъ. Въ этихъ случаяхъ болѣзнь протекаетъ на дому или же въ хирургической, медицинской или гинекологической клиникахъ. Мужчины заболѣваютъ вообще чаще женщинъ. Галлюцинаторный бредъ встрѣчается по преимуществу на тридцатыхъ или сороковыхъ годахъ жизни. Предрасполагающимъ къ нему моментомъ служитъ, какъ вообще при большинствѣ психозовъ, наслѣдственное предрасположеніе.

Между непосредственными причинами важную роль играютъ заразныя болѣзни, послѣродовое состояніе (двѣ трети такъ называемыхъ послѣродовыхъ психозовъ протекаютъ при явленіяхъ галлюцинаторнаго бреда), далѣе—разныя хирургическія операціи, особенно въ брюшной полости и камнесѣченіе и пр., а также трауматизмы, сопряженные съ психическимъ потрясеніемъ (railway-brain).

Болѣзнь возникаетъ обыкновенно внезапно, принимая описанное уже выше теченіе. Бываютъ случаи періодическаго галлюцинаторнаго бреда.

Продолжительность болѣзни колеблется между двумя недѣлями и шестью мѣсяцами. Но галлюцинаторный бредъ можетъ продолжаться иногда больше года, все же переходя потомъ въ выздоровленіе.

Исходы:

1. Выздоровленіе. Галлюцинаторный бредъ является далеко наиболѣе благопріятной формой изъ всѣхъ функціональныхъ психозовъ: при немъ выздоровленіе наступаетъ въ 80% случаевъ. Значительно меньшій

процентъ (45 %) выздоровленій даетъ, правда, статистика психіатрическихъ заведеній, но въ нее не входятъ самые благопріятные и быстро протекающіе случаи галлюцинаторнаго бреда, которые переходятъ въ выздоровленіе еще на дому или общихъ больницахъ.

2. Хроническое помѣшательство при явленіяхъ вторичнаго слабоумія, причемъ прежде бывшія галлюцинаціи и бредовыя представленія иногда концентрируются въ систему: paranoia hallucinatoria chronica.

3. Смерть. Она вызывается или тѣми же причинами, которыя обусловили психическое разстройство (операція, трауматизмъ, послѣродовыя заболѣванія), или раненіями, причиненными себѣ больнымъ или полученными имъ отъ другихъ въ теченіи маніакальнаго стадія, или же, наконецъ, общимъ истощеніемъ.

Распознаваніе. Для установленія діагностики галлюцинаторнаго бреда требуется:

1. Констатировать болѣе или менѣе значительное затемнѣніе самосознанія.

2. Констатировать наличность галлюцинацій, послужившихъ исходной точкой для остальныхъ болѣзненныхъ разстройствъ и составляющихъ преобладающее явленіе въ общей картинѣ болѣзни.

3. Констатировать отсутствіе симптомовъ органической болѣзни головного мозга.

При различительномъ распознаваніи надобно принимать во вниманіе:

1. Лихорадочный бредъ. Здѣсь рѣшающее значеніе имѣютъ термометръ и анамнезъ.

2. Бредъ отъ отравленія или отъ голоданія. Анамнезъ и нахожденіе соотвѣтственнаго яда, а также наличность симптомовъ, свойственныхъ тому или другому виду отравленія, позволятъ установить здѣсь различительное распознаваніе.

3. Такъ какъ симптомы галлюцинаторнаго бреда могутъ возникать интеркуррирующимъ образомъ при меланхоліи, параноѣ, вслѣдъ за истерическими и эпилептическими припадками и при состояніяхъ отравленія, то для установленія существованія галлюцинаторнаго бреда въ качествѣ самостоятельнаго симптомокомплекса требуется исключеніе вышеупомянутыхъ психозовъ.

4. Отъ маніи активная форма галлюцинаторнаго бреда отличается, во-первыхъ, массовымъ характеромъ галлюцинацій, котораго не бываетъ при маніи, во-вторыхъ, смѣной маніакальнаго возбужденія — подавленнымъ настроеніемъ. При галлюцинаторномъ бредѣ нѣтъ, далѣе, скачки мыслей и неустойчивости вниманія, свойственныхъ маніи.

5. Пассивная форма меланхоліи отличается отъ пассивной формы галлюцинаторнаго бреда однообразіемъ болѣзненныхъ проявленій и меньшимъ пораженіемъ самосознанія.

6. При параноѣ бредовыя представленія систематизированы, тогда какъ при галлюцинаторномъ бредѣ нѣтъ никакой системы.

7. Неподвижность больного, пораженнаго острымъ слабоуміемъ (dementia acuta), можетъ походить, по внѣшности, на ту, которая сопровождаетъ галлюцинаторный бредъ. Но при послѣднемъ выраженіе лица и часто обнаруживаемый больнымъ негативизмъ находятся въ рѣзкомъ противорѣчіи съ тѣмъ, что наблюдается при остромъ слабоуміи, гдѣ лицо пребываетъ безъ всякаго выраженія и паціентъ остается безучастнымъ ко всему окружающему.

8. Отъ бреда, сопровождающаго состоянія коллапса (*H. Weber*), активная форма галлюцинаторнаго помѣшательства отличается только внезапнымъ, крайне острымъ возникновеніемъ, а также менѣе быстрымъ и болѣе благопріятнымъ теченіемъ. Вообще же клиническая картина обоихъ этихъ состояній одинакова въ существенныхъ своихъ чертахъ, но теченіе болѣзни при бредѣ отъ коллапса быстрѣе и часто заканчивается летальнымъ исходомъ.

9. Такъ называемый острый бредъ (delirium acutum) сопровождается лихорадкой, тогда какъ при галлюцинаторномъ бредѣ температура тѣла повышается только при осложненіи другими болѣзненными состояніями.

Леченіе. Въ большинствѣ случаевъ, особенно при активной формѣ, требуется помѣщеніе больного въ психіатрическое заведеніе. Пользованіе на дому не годится, особенно въ виду быстрой смѣны болѣзненныхъ явленій. Но и при пассивной формѣ весьма трудно провести леченіе на дому, главнымъ образомъ въ виду возможности отказа больного отъ пищи.

Разъ помѣщеніемъ въ психіатрическое заведеніе больной гарантированъ отъ возможности нанесенія вреда другимъ и себѣ самому, нѣтъ надобности назначать лекарствъ: опытъ показываетъ, что галлюцинаторный бредъ проходитъ самъ собой безъ всякаго лекарственнаго леченія, по крайней мѣрѣ въ значительномъ большинствѣ случаевъ. Главнымъ образомъ необходимо постельное содержаніе и удобоваримая, невозбуждающая пища. Полезны также влажныя окутыванія или продолжительныя теплыя ванны.

Противъ упорной безсонницы даютъ 1—2 стакана хорошаго пива или 1 стаканъ вина при отходѣ ко сну. Что же касается до снотворныхъ лекарственныхъ средствъ, то они часто не оказываютъ дѣйствія въ обычной дозѣ, иногда даже еще болѣе возбуждаютъ. Тѣмъ не менѣе помощью дюбуазина, въ количествѣ 0,0005—0,001, можно бываетъ получить кратковременное успокаивающее и снотворное дѣйствіе. Въ случаѣ упорнаго отказа отъ пищи прибѣгаютъ къ кормленію черезъ желудочный зондъ или помощью питательныхъ клизмъ. Когда, при ступорозной формѣ галлюцинаторнаго бреда, пульсъ остается слабымъ, а дыханіе поверхностнымъ, то полезны подкожныя впрыскиванія камфоры. При коллапсѣ прибѣгаютъ къ подкожному вливанію солевыхъ растворовъ.

2. Манія [1]).

Манія есть функціональный психозъ, характеризующійся:

1. Болѣзненнымъ ускореніемъ хода представленій и

2. Повышенной возбудимостью двигательныхъ мозговыхъ центровъ.

Въ теченіи типичной маніи мы различаемъ четыре стадія:

1. Начальный стадій (stadium initiale), проявляющійся ощущеніемъ разбитости, тяжести головы, отсутствіемъ аппетита и нарушеніемъ сна.

2. Стадій усиленія болѣзни (stadium exaltationis). По прошествіи одной или двухъ недѣль, разстройства, характерныя для перваго стадія, исчезаютъ—только сонъ остается нарушеннымъ. Ассоціаціи идей ускоряются, не сопровождаясь нормальной задержкой ихъ: мысли какъ бы скачутъ, приходятъ въ изобиліи, безъ усилія; больной съ необыкновенной легкостью пишетъ, шутитъ и сочиняетъ остроты. Быстрый ходъ представленій облегчаетъ больному составленіе обширныхъ плановъ будущаго. Онъ пускается въ новыя предпріятія, причемъ, вслѣдствіе отсутствія прежнихъ задерживающихъ соображеній, онъ начинаетъ перецѣнивать себя. Соотвѣтственно этому настроеніе его радостное, исполненное всяческихъ надеждъ, причемъ онъ охотно дразнитъ другихъ людей. Изъ такого счастливаго настроенія духа происходитъ чрезмѣрное стремленіе къ развлеченіямъ, къ посѣщенію пирушекъ, театровъ и другихъ мѣстъ общественнаго увеселенія. Вслѣдствіе отсутствія всякихъ задерживающихъ вліяній, находящіеся въ этомъ стадіи маніаки обращаются съ другими людьми безъ малѣйшаго стѣсненія, упрекая ихъ за извѣстные недостатки или неправильности, что дѣлаетъ этого рода больныхъ весьма непріятными гостями въ психіатрическихъ заведеніяхъ. Повышеніе двигательныхъ отправленій сказывается особымъ блескомъ и подвижностью глазъ, живой мимикой, безпокойными движеніями пальцевъ и рукъ, а, при болѣе значительномъ возбужденіи,—наклонностью къ бродяжничеству.

Вообще этотъ періодъ экзальтаціи напоминаетъ собою первую степень алкогольнаго опьянѣнія (когда бываютъ „навеселѣ“), съ которою его иногда и смѣшиваютъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи ускореніе представленій доходитъ до настоящей скачки мыслей [2]). Едва возникаетъ какая-нибудь мысль, какъ она уже вытѣсняется новыми, что порождаетъ состояніе маніакальной запутанности. Но даже и въ этомъ стадіи еще удается временно привлечь вниманіе больного и заставить его дать удовлетворительные отвѣты на вопросы, касающіеся его личности и положенія.

3. Стадій неистовства (stadium furoris). Экзальтація усиливается до степени неистовства (Tobsucht), больные кричатъ, поютъ, пляшутъ,

---

[1]) Отъ μανία, безуміе (Wahnsinn), μανικός, бѣшеный (rasend). Средневѣковая латынь: Maniacus—insanus. *Mendel*, Monographie. Wien und Leipzig.

[2]) *Aschaffenburg*, Experimentelle Studien über Associationen. III. Theil. Ideenflucht изъ *Kräpelin*'s Physiolog. Arbeiten IV. 2. 1902.

разбиваютъ окна, ломаютъ двери, рвутъ на себѣ платье. Часть этихъ насильственныхъ дѣйствій объясняется мѣрами, ограничивающими свободу больныхъ, но другія—чистѣйшій продуктъ усиленнаго возбужденія психомоторныхъ центровъ мозга. Въ потокѣ словъ, произносимыхъ больными, по большей части легко усмотрѣть наличность идей величія. Отъ непрестаннаго крика, днемъ и ночью, у больного появляется, наконецъ, такая охриплость, что его становится трудно понимать. Притупленіе ощущеній сказывается нечувствительностью къ холоду и жару, отсутствіемъ потребности въ пищѣ и питьѣ, отсутствіемъ ощущенія утомленія, вслѣдствіе чего больной можетъ продолжать неистовствовать нѣсколько дней и даже недѣль подъ-рядъ.

4. Стадій ослабленія болѣзненныхъ явленій (stadium decrementi). Безпокойство уменьшается, больной начинаетъ спать по нѣсколько часовъ въ ночь; галлюцинаціи, свойственныя третьему стадію, блѣднѣютъ, и постепенно наступаетъ выздоровленіе, причемъ переходомъ къ полному выздоровленію нерѣдко служитъ періодъ угнетеннаго состоянія, вродѣ похмѣлья, или же дѣтской болтливости (*Moria*). Но можетъ также развиться и состояніе хронической маніи съ ослабленіемъ умственныхъ способностей, или же наступаетъ смерть еще въ стадіи неистовства—отъ истощенія, отъ осложненія другой болѣзнью (пнеймонія) или вслѣдствіе пораненія (отъ гнилокровія).

Иногда послѣ исчезновенія маніакальнаго возбужденія развивается меланхолія и только по окончаніи послѣдней наступаетъ полное выздоровленіе, причемъ не развивается циркулярнаго психоза.

Разновидности маніи.

1. Гипоманія (hypomania—*Mendel*) наислабѣйшая степень маніи. Болѣзнь не переходитъ за предѣлы умѣреннаго стадія экзальтаціи: сохраняется нѣкоторое самообладаніе, благодаря которому больной кажется повременамъ спокойнымъ и разсудительнымъ. Ускореніе хода представленій и пораженіе умственныхъ способностей узнаются иногда только по сравненію настоящаго состоянія больного съ прежней манерой его держать себя въ здоровомъ состояніи. Нѣкоторые изъ такихъ случаевъ описывались подъ именемъ резонирующаго помѣшательства (folie raisonnante) или маніи безъ бредовыхъ представленій (mania sine delirio).

2. Возвратная манія (mania recurrens—*Wittkowski*). При ней бываетъ два отдѣленныхъ другъ отъ друга свободнымъ промежуткомъ припадка маніи.

3. Тяжелая манія (mania gravis). Въ стадіи неистовства, наступающемъ быстро, появляются судороги (скрежетаніе зубами, подергиванія лицевыхъ мышцъ). Пульсъ значительно ускоряется и возникаетъ лихорадка постояннаго типа (febris continua), причемъ температура подымается до 41° и выше. Смерть наступаетъ въ состояніи коллапса. Здѣсь имѣется дѣло съ осложненіемъ маніи, именно съ зараженіемъ и септицэміей

вслѣдствіе раненія больного въ періодѣ маніакальнаго возбужденія. Сюда принадлежитъ также извѣстное число случаевъ остраго бреда (delirium acutum).

4. Періодическая манія (mania periodica). Вышеописанная картина маніи можетъ повторяться періодически. Отдѣльные припадки развиваются по большей части очень быстро. Послѣ кратковременнаго періода боязливости, усиливающейся порой до предсердечнаго страха, и болей вродѣ невральгическихъ (иногда въ опредѣленныхъ нервныхъ территоріяхъ) въ сопровожденіи безсонницы, развивается въ нѣсколько дней маніакальный припадокъ, быстро достигающій наивысшаго своего развитія. Онъ можетъ принять форму гипоманіи или же типической маніи, усиливаясь до форменнаго неистовства (furor). Отдѣльные припадки часто похожи между собой до малѣйшихъ подробностей (фотографическое воспроизведеніе), но между ними все же попадаются припадки, существенно различествующіе другъ отъ друга. Въ первое время промежутки между періодическими припадками по большей части продолжительны; затѣмъ они укорачиваются и становятся даже неполными.

Частная симптоматологія.

1. Аномаліи психическихъ отправленій.

Рѣзко выраженныя галлюцинаціи наблюдаются только въ стадіи неистовства, въ особенности въ сферѣ зрѣнія. Наоборотъ, иллюзіи, тоже по преимуществу зрительныя, возникаютъ часто во второмъ стадіи маніи—въ стадіи усиленія болѣзненныхъ явленій. Сами галлюцинаціи отличаются подвижностью и измѣнчивостью. Галлюцинаціи вкуса и обонянія могутъ появляться и въ стадіи неистовства, но это случается рѣдко.

Ощущеніе болѣзни обыкновенно отсутствуетъ или же появляется только интеркуррирующимъ и притомъ преходящимъ образомъ.

Прежде бывшія соматическія разстройства болѣе не ощущаются во время маніакальнаго возбужденія (корковая анэстезія внутренностныхъ ощущеній и мышечнаго чувства, исчезновеніе жажды, голода и тепловой чувствительности). Вслѣдствіе этого больные зачастую заявляютъ, что они еще никогда такъ хорошо себя не чувствовали.

Съ такой эйфоріей сопряжено усиленіе половыхъ инстинктовъ, проявляющееся онанизмомъ, сатиріазомъ, нимфоманіей или же — какъ при типичной маніи, такъ и при гипоманіи—двусмысленными или неприличными выходками въ обществѣ, въ присутствіи дамъ и пр.

Разсудочныя чувства, особенно этическія, обыкновенно ослаблены или пропадаютъ.

Маніакальные субъекты раздѣваются до-гола безъ малѣйшаго стыда; молодыя дѣвушки изъ лучшаго общества употребляютъ слова и выраженія, которыхъ, казалось бы, онѣ никогда не могли слышать. Такая утрата нравственнаго чувства служитъ причиной разнаго рода проступковъ (оскорб-

леніе величества, воровство и пр.), совершаемыхъ въ маніакальномъ состояніи.

Аномалія процесса мышленія при маніи имѣетъ главной исходной точкой ускореніе хода представленій. Она принимаетъ прежде всего характеръ скачки мыслей [1]). Насколько ассоціація представленій выигрываетъ въ скорости, настолько она теряетъ въ глубинѣ и ясности. Быстрота ассоціацій мѣшаетъ возникновенію контрастирующихъ представленій и тѣмъ подавляетъ критику. Недостатокъ критики объясняетъ, почему больной отождествляетъ между собой вещи по чисто поверхностнымъ ихъ сходствамъ (delirium palingnosticum). Быстрота ассоціацій нарушаетъ также основные законы сочетанія: представленія связываются между собой не по существу, а по внѣшнимъ признакамъ, часто по созвучію словъ, слоговъ и пр. (allitteratio, Assonanz, звуковыя сочетанія). Болтливость (полифразія) постепенно усиливается до безсмысленнаго delirium linguae. Языкъ не въ состояніи слѣдовать за изобиліемъ представленій: слова проглатываются, отъ чего умственная запутанность кажется еще большей, чѣмъ на самомъ дѣлѣ.

Умственная запутанность маніаковъ характеризуется тѣмъ, что больного удается сразу не только отвлечь отъ самой безсмысленной болтовни, о которой уже было сказано, но и получить отъ него разумные отвѣты. Больной и при отсутствіи внѣшняго побужденія способенъ продекламировать безъ ошибки длинное стихотвореніе или разсказать съ соблюденіемъ фактической точности какое-нибудь событіе изъ своей жизни.

Бредовыя представленія, отличающіяся экспансивностью, сначала принимаютъ по большей части характеръ самоперецѣниванія (mania ambitiosa), потомъ они усиливаются до степени идей величія, не достигая, однако, нелѣпости, свойственной бреду величія при прогрессивномъ параличѣ (см. стр. 23).

Память во многихъ случаяхъ замѣтно усиливается (hypermnesia): больные способны вспоминать и воспроизводить событія прошлаго, о которыхъ у нихъ въ здоровомъ состояніи не сохранялось воспоминанія.

Хотя настроеніе духа веселое и радостное—отъ отсутствія всякихъ задерживающихъ ощущеній, но, съ другой стороны, больные все же раздражительны и гнѣвливы, особенно когда не исполняютъ ихъ желаній. Зачастую существуетъ также быстрая смѣна настроеній: чрезмѣрный смѣхъ перемѣшивается съ громкимъ плачемъ.

Въ области соматическихъ разстройствъ прежде всего бросаются въ глаза усиленіе двигательныхъ функцій, общее безпокойство, повышеніе мышечной энергіи. Явленія эти зависятъ, впрочемъ, не отъ увеличенія силы, но лишь отъ утраты нормальнаго ощущенія утомленія.

Вѣсъ тѣла значительно уменьшается, начиная потомъ увеличиваться

---

[1]) См. *Aschanffenburg* l. c., стр. 139.

при наступленіи стадія выздоравливанія, послѣ котораго онъ дальше не повышается, иногда даже понижается. При періодической маніи по быстрому уменьшенію вѣса тѣла можно бываетъ иногда распознать приближеніе маніакальнаго припадка (*Fürstner*). Въ мочѣ замѣчаютъ уменьшеніе содержанія фосфорной кислоты.

Этіологія. Манія принадлежитъ къ числу рѣдкихъ душевныхъ болѣзней. Посреди функціональныхъ психозовъ она занимаетъ, по степени частоты, послѣднее мѣсто рядомъ съ острымъ слабоуміемъ—dementia acuta. Возникаетъ она по большей части въ возрастѣ отъ 15 до 25 лѣтъ, появляясь одинаково часто у обоихъ половъ. Ее, впрочемъ, наблюдаютъ также у дѣтей и у стариковъ.

Отношеніе ея къ наслѣдственному предрасположенію то же, что и при другихъ функціональныхъ психозахъ. Въ числѣ особыхъ причинъ маніи слѣдуетъ упомянуть о трауматизмахъ и порокахъ сердца (mania cardiaca).

Почему въ одномъ случаѣ манія появляется только разъ въ жизни, не давая впослѣдствіи возвратовъ? Почему во многихъ другихъ случаяхъ она принимаетъ періодическое теченіе? Этого никто не знаетъ.

Возникаетъ манія рѣдко внезапно—за исключеніемъ періодическихъ маніакальныхъ припадковъ, появляющихся иногда сразу. Теченіе болѣзни отличается многочисленными ремиссіями и экзацербаціями какъ въ періодѣ усиленія болѣзненныхъ явленій до наивысшей степени, такъ и въ стадіи ослабленія симптомовъ. Продолжительность маніи колеблется между 3 и 9 мѣсяцами.

Исходы маніи слѣдующіе:

1. Выздоровленіе, наступающее въ четырехъ пятыхъ всѣхъ случаевъ.

2. Наклонность къ возвратамъ болѣзни. Рецидивы принимаютъ или ту же клиническую форму, или форму меланхоліи (см. меланхолію).

3. Неполное выздоровленіе (выздоровленіе съ изъяномъ), при которомъ остаются нѣкоторое измѣненіе характера больного, усиленная раздражительность и, съ другой стороны, извѣстное пониженіе энергіи и легкое ослабленіе умственныхъ способностей.

4. Вторичное слабоуміе (secundäre Demenz). Бредовыя представленія маніи блѣднѣютъ, больной успокаивается, но умственныя его способности, а также и память остаются обыкновенно значительно нарушенными. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ такомъ хроническомъ состояніи замѣтна еще нѣкоторая наклонность къ усиленной возбудимости и къ маніакальной экзальтаціи (хроническая манія).

5. Смерть. Она можетъ обусловливаться: 1) возникшими на почвѣ маніи болѣзнями, напр. пораженіемъ сердца; 2) раненіями, полученными больнымъ отъ другихъ или нанесенными имъ самому себѣ въ маніакальномъ состояніи—съ послѣдующей септицэміей, піэміей и пр., и 3) истощеніемъ.

Распознаваніе. Существенные признаки маніи: 1) ускореніе хода представленій, 2) общее двигательное безпокойство и 3) отсутствіе симптомовъ органическаго пораженія мозга.

При различительномъ распознаваніи надобно не терять изъ виду возможности смѣшенія съ нижеслѣдующими болѣзненными состояніями:

1. Съ маніакальнымъ періодомъ прогрессивнаго паралича. Здѣсь рѣшающее значеніе въ пользу прогрессивнаго паралича имѣютъ разстройства рѣчи, рефлекторная окоченѣлость зрачковъ, измѣненія сухожильныхъ рефлексовъ и, наконецъ, обыкновенно уже замѣтное ослабленіе умственныхъ способностей.

2. Съ маніакальнымъ возбужденіемъ при отравленіяхъ. Тутъ анамнезъ и особыя измѣненія, вызываемыя въ организмѣ разными ядами, позволятъ установить діагностику.

3. Съ маніакальными состояніями у эпилептиковъ и истеричныхъ. Состоянія эти отличаются острымъ, даже крайне острымъ ихъ появленіемъ, по большей части вслѣдъ за судорожными припадками.

4. Съ галлюцинаторнымъ бредомъ (см. описаніе его).

Обусловливается-ли данное маніакальное возбужденіе періодической маніей или циркулярнымъ психозомъ? Это можно опредѣлить съ полной достовѣрностью только на основаніи анамнеза и наблюденія за дальнѣйшимъ ходомъ болѣзни. Вообще же въ пользу періодической или циркулярной формы говорятъ слѣдующія явленія: необыкновенно быстрое, внезапное возникновеніе болѣзненныхъ явленій въ сопровожденіи прекордіальнаго страха или болей на-подобіе невральгическихъ, быстрое усиленіе симптомовъ до максимума, причемъ экзальтація не доходитъ, однако, до неистовства, нѣтъ умственной запутанности и существуетъ весьма легкая отвлекаемость вниманія больного, даже при сильномъ возбужденіи.

Предсказаніе при маніи можно считать вообще благопріятнымъ. Неблагопріятно оно только при періодической маніи, хотя и здѣсь бываютъ ремиссіи и даже столь продолжительные свободные отъ припадковъ промежутки, что позволительно говорить о выздоровленіи. Внезапное прекращеніе маніакальнаго возбужденія—признакъ неблагопріятный въ прогностическомъ отношеніи, указывающій на циркулярное или періодическое теченіе болѣзни.

Леченіе. Установленіе діагностики „манія“ влечетъ за собою обыкновенно помѣщеніе больного въ психіатрическое заведеніе, какъ въ интересахъ самого больнаго, такъ и общества. Предоставленный самому себѣ маніакъ только усиливаетъ свою болѣзнь злоупотребленіемъ спиртными напитками и кутежами, вредитъ своему денежному положенію легкомысленной тратой денегъ. Безцеремонность поступковъ дѣлаетъ его опаснымъ для другихъ. Въ психіатрическомъ заведеніи наилучшимъ способомъ леченія маніи служитъ выжидательный методъ. По большей части можно ограничиться постельнымъ содержаніемъ и завертываніями во влажную простыню. При появленіи неистовства приходится изолировать больного. Въ случаѣ продолжительнаго неистовства нельзя обойтись безъ временнаго употребленія хлоралъ-гидрата и дюбуазина. Что касается препаратовъ опія, то они рѣдко оказываютъ сколько-нибудь рѣзкое успокаивающее вліяніе.

При періодической маніи можно испробовать дѣйствіе большихъ дозъ бромистаго калія (8,0—10,0 въ сутки). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я

наблюдалъ благопріятное вліяніе отъ подкожныхъ впрыскиваній эрготина. *Hitzig* рекомендовалъ подкожныя впрыскиванія атропина (0,0001 — 0,0002—0,0003) въ промежуткахъ между припадками.

3. Меланхолія [1]).

Меланхолія есть психозъ, исходной точкой и сущностью котораго служитъ усиленное, сопровождающееся душевной болью возбужденіе психики.

а) *Простая меланхолія* (melancholia simplex). *Гипомеланхолія* (hypomelancholia—*Ziehen*).

Безъ всякой внѣшней причины—или, по крайней мѣрѣ, при отсутствіи сколько-нибудь значительной причины—возникаетъ особое состояніе тоски, грусти. Прошлое, настоящее и будущее рисуются въ мрачномъ цвѣтѣ.

Одинъ изъ моихъ паціентовъ заявилъ, что его состояніе соотвѣтствовало описанному Гёте у героя одного изъ его романовъ, Вильгельма Мейстера: Уже много лѣтъ онъ не принималъ ни малѣйшаго участія ни въ чемъ происходившемъ вокругъ него и даже ни на что не обращалъ почти вниманія; сосредоточенный въ самомъ себѣ, онъ созерцалъ собственное свое «пустое» *я*, казавшееся ему бездонной пропастью. Онъ былъ трогателенъ, говоря объ этомъ печальномъ состояніи. Я ничего не вижу передъ собой, ни позади, кромѣ нескончаемой ночи, въ которой пребываю въ ужасномъ одиночествѣ, такъ восклицалъ онъ. Нѣтъ у меня другого чувства, кромѣ чувства собственной вины, которую я вижу позади себя какъ далекій, безформенный призракъ. Во всемъ этомъ нѣтъ ни высоты, ни глубины, ни хода впередъ, ни отступленія. Нельзя выразить словами этого неизмѣнно одинаковаго состоянія.

Грустное настроеніе лишаетъ больного возможности заниматься обычными своими дѣлами, и эта бездѣятельность служитъ поводомъ къ новымъ самоупрекамъ и самообвиненіямъ. Больной чувствуетъ себя подавленнымъ, вслѣдствіе чего замедляется мышленіе, трудно становится принимать рѣшенія, реагировать на событія. При этомъ существуютъ упорная безсонница, отсутствіе аппетита и сильный запоръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной занимается главнымъ образомъ нравственнымъ самоанализомъ. Его безпокоитъ и то, что онъ сдѣлалъ, и то, чего онъ не сдѣлалъ, не исполнивъ долга. Въ другихъ случаяхъ источникомъ боязни служатъ состояніе тѣлеснаго здоровья и мысли о будущемъ. Больной погруженъ въ ипохондрическія жалобы, поглощенъ боязнью сойти съ ума, заболѣть спинной сухоткой и пр. Нѣтъ недостатка и въ самоупрекахъ: «если бы я иначе поступилъ, если бы я остерегся, все было бы иначе».

Такія состоянія могутъ продолжаться 3—5 мѣсяцевъ, иногда и дольше, представляя въ своей интенсивности многочисленныя колебанія, причемъ больной обыкновенно чувствуетъ себя хуже утромъ, чѣмъ вечеромъ. Наконецъ, наступаетъ выздоровленіе. Меланхолія имѣетъ большую наклонность къ рецидивамъ; она можетъ также появляться періодически.

---

[1]) Отъ μέλας, черный, и χόλος, желчь.

b) *Типичная меланхолія* (melancholia typica).

Болѣзненное измѣненіе чувствъ можетъ проявляться: 1) въ чувственныхъ ощущеніяхъ, 2) въ области нравственныхъ чувствъ и 3) въ обоихъ этихъ видахъ чувствительности одновременно. Согласно этому мы различаемъ ипохондрическую меланхолію (melancholia hypochondrica), нравственную меланхолію (melancholia moralis) и общую меланхолію (melancholia generalis).

1. Melancholia hypochondrica.

a) Стадій угнетенія (stadium depressionis). Преобладающей чертой его служитъ боязнь, страхъ за настоящее и будущее состояніе тѣла и духа, о чемъ было сказано при описаніи гипомеланхоліи. Уже въ этомъ стадіи наблюдаются нѣкотораго рода самообвиненія.

b) Меланхолическій стадій (stadium melancholicum). Больной больше не удерживается отъ высказыванія своихъ меланхолическихъ жалобъ. При усиленныхъ самообвиненіяхъ, онъ признается въ прошломъ онанизмѣ или сифилисѣ, въ томъ, что велъ безпорядочную жизнь. Ипохондрическія ощущенія усиливаются до степени ипохондрическаго помѣшательства: всюду больной видитъ на своемъ тѣлѣ признаки разрушенія отъ сифилиса; внутренности его сгнили и пр.

Дальнѣйшее теченіе одинаково при всѣхъ формахъ.

2. Melancholia moralis.

a) Stadium depressionis. Имѣются на-лицо существенные признаки гипомеланхоліи: общее недомоганіе, неопредѣленный страхъ, замедленіе хода представленій, мысли о смерти и о самоубійствѣ. Повременамъ происходятъ внезапныя усиленія страха, причемъ дѣло можетъ дойти до настоящаго raptus melancholicus.

b) Stadium melancholicum. Больной открылъ причину своей грусти: онъ обвиняетъ себя въ клятвопреступленіи, во лжи, въ нарушеніи долга по отношенію къ Богу и къ ближнимъ (бредъ прегрѣшенія). Его ждутъ не только наказанія за гробомъ, но и теперь его заключатъ въ тюрьму за его вины; онъ слышитъ уже приближеніе полиціи, слышитъ звяканье цѣпей. Въ противоположность ипохондрической меланхоліи, больные эти считаютъ безсмысленнымъ показывать врачу языкъ, давать щупать себѣ пульсъ и пр., такъ какъ не хотятъ допустить и мысли о тѣлесномъ заболѣваніи. Внѣшнее поведеніе больного въ этомъ стадіи то спокойное, совершенно тихое, то характеризуется монотонно повторяющимися стенаніями и воздыханіями (пассивная меланхолія); или же больной громко вскрикиваетъ, громко плачетъ и стонетъ, причемъ иногда дѣло доходитъ до насильственныхъ дѣйствій по отношенію къ себѣ самому, съ раздираніемъ на себѣ одежды, вырываніемъ волосъ и пр. (melancholia activa s. agitata). При наивысшихъ степеняхъ грустнаго настроенія въ сопровожденіи страха въ нѣкоторыхъ случаяхъ возникаетъ болязливое неистовство, въ другихъ же появляется боязливый ступоръ.

3. Melancholia generalis.

Болѣзненныя представленія ипохондрической меланхоліи и меланхоліи нравственной сочетаются другъ съ другомъ. Иногда сначала появляются ипохондрическія идеи, къ которымъ позднѣе присоединяется бредъ прегрѣшенія. Сама болѣзнь и разныя ея проявленія (разрушеніе внутреннихъ органовъ) считаются Божіей карой за совершенныя прегрѣшенія. Въ другихъ случаяхъ сначала показывается бредъ грѣховности, за которымъ слѣдуютъ ипохондрическія бредовыя представленія, относящіяся къ налагаемой Богомъ за грѣхи карѣ. Наконецъ, въ третьей группѣ случаевъ оба рода бредовыхъ представленій развиваюстя одновременно въ тѣсной взаимной связи.

Описанныя состоянія въ трехъ различныхъ формахъ своего проявленія могутъ переходить въ выздоровленіе при постепенномъ ослабленіи всѣхъ болѣзненныхъ явленій. Выздоровленію можетъ иногда предшествовать переходный стадій сильной тоски по дому, въ особенности когда больной вдали отъ своего семейства. Въ другихъ случаяхъ при явленіяхъ поблѣднѣнія бредовыхъ представленій и обмановъ чувствъ развивается состояніе умственной слабости, въ которомъ промелькиваетъ еще прежнее угнетенное состояніе съ его болѣзненными представленіями. Наконецъ, иногда наступаетъ смерть отъ самоубійства или отъ истощенія — вслѣдствіе отказа отъ пищи или интеркуррирующихъ заболѣваній внутреннихъ органовъ, чаще всего отъ бугорчатки.

Подъ вліяніемъ наступленія половой зрѣлости, иногда и отъ другихъ неизвѣстныхъ причинъ, меланхолія, особенно ея ипохондрическая форма, можетъ принимать своеобразное теченіе съ быстрымъ исходомъ въ слабоуміе —dementia. Сюда относится значительная доля случаевъ гебефреніи и кататоніи, частымъ исходомъ которыхъ является dementia prаecox. При этомъ большую роль иногда играютъ страдающіе и подвергающіеся преслѣдованіямъ герои разныхъ сказокъ и романовъ, прочитанныхъ больнымъ, и съ которыми онъ съ дѣтской наивностью отождествляетъ себя.

Частная симптоматологія.

1. Иллюзіи и галлюцинаціи. Онѣ при меланхоліи носятъ неизмѣнно боязливый характеръ, часто упрекаютъ больного, грозятъ ему и отличаются обыкновенно стойкостью. Галлюцинаціи отсутствуютъ въ стадіи угнетенія, зато онѣ появляются въ изобиліи въ меланхолическомъ стадіи. Больные видятъ пламя, предназначенное для ихъ сожиганія, діавола, который долженъ ими завладѣть. Они слышатъ вопли дѣтей своихъ, шаги полицейскихъ, идущихъ ихъ арестовать; ощущаютъ запахъ и вкусъ ядовитыхъ веществъ, предназначенныхъ для ихъ уничтоженія въ возмездіе за ихъ злодѣянія. При ипохондрической формѣ картина меланхолическаго стадія выполняется по преимуществу галлюцинаціями внутренностныхъ органовъ. Больнымъ кажется, что голова ихъ стеклянная, что руки у нихъ изъ дерева, внутренности сгнили, желудокъ опустился, задній проходъ заложенъ, половые органы съежены или втянуты въ брюшную полость.

2. Характернымъ для меланхоліи явленіемъ служитъ замедленіе хода представленій, вслѣдствіе чего вся психика больного становится монотонной. Бредовыя представленія носятъ депрессивный характеръ (см. стр. 24—25). Они находятся отчасти въ связи съ имѣющимися въ данную минуту галлюцинаціями и толкуютъ въ смыслѣ послѣднихъ всѣ событія. Прошлое тоже обыкновенно толкуется въ духѣ бреда угнетенія, особенно самообвиненій. При ипохондрической меланхоліи представленія направлены на ощущенія болѣзненнаго измѣненія или разрушенія органовъ; при моральной же формѣ больной считаетъ себя разореннымъ и нравственно обезчещеннымъ. Въ тѣсной связи съ этими депрессивными представленіями стоятъ самообвиненія и бредъ прегрѣшенія, послѣдствіемъ которыхъ является бредъ преслѣдованія. Больной смотритъ на преслѣдованія какъ на справедливое наказаніе за поступки (стр. 25).

Результатомъ извращеннаго представленія о своемъ *я* является бредъ обѣднѣнія, бредовое представленіе о томъ, что больной оставленъ всѣми. Послѣднее особенно часто при старческой формѣ меланхоліи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ меланхоліи возникаетъ бредъ отрицанія. У больного нѣтъ желудка, нѣтъ прямой кишки, нѣтъ больше крови, самъ больной болѣе не существуетъ, нѣтъ вообще людей, домовъ и пр. Всѣ эти обманы чувствъ и бредовыя представленія усиливаютъ, какъ легко понять, уже ранѣе существовавшія боязни и страхи. Иногда преувеличенія меланхоликовъ выражаются такъ называемой микроманіей: „мнѣ станутъ отрубать въ отдѣльности каждый членъ“, „я совершилъ всѣ возможныя въ мірѣ преступленія“ и пр. (см. стр. 28 и слѣд.).

3. Аномаліи чувствъ, являющіяся въ этой болѣзни первичнымъ разстройствомъ, обнаруживаются иногда лишь въ позднѣйшемъ стадіи болѣзни именно тѣмъ, что, при наличности душевной боли, наблюдается анэстезія чувствъ по отношенію къ лицу, которое въ нормальномъ состояніи больного всего болѣе могло бы затронуть его чувствительность (anesthesia dolorosa).

4. Память не нарушена, но воспроизведенія совершаются медленно, подобно другимъ видамъ психической дѣятельности. Больной обыкновенно помнитъ хорошо о всемъ случившимся съ нимъ во время болѣзни.

5. Рѣчь замедлена, затруднена, какъ мышленіе и поступки. Губы двигаются лишь очень мало, такъ что получается едва внятный звукъ. Въ другихъ случаяхъ произносятся лишь отрывочныя фразы, прерываемыя вздохами и стонами. Иногда больной нѣмъ—отъ боязни или отъ неспособности ассоціировать между собой слова, или же потому, что ему запрещаютъ говорить его бредовыя представленія, или обманы чувствъ, или оба эти разстройства вмѣстѣ.

6. Въ поступкахъ преобладаетъ негативизмъ, пассивное сопротивленіе всему, что слѣдовало бы дѣлать больному. Негативизмомъ обусловливается иногда и отказъ отъ пищи. Не слѣдуетъ обманываться наружнымъ спокойствіемъ больного. Случается, что больной, пролежавъ нѣсколько мѣсяцевъ неподвижно въ постели, отказываясь отъ всякихъ движеній, вдругъ, при

недостаточномъ надзорѣ за нимъ, встаетъ и съ необычайной энергіей совершаетъ самоубійство.

Самоубійство играетъ вообще выдающуюся роль въ разныхъ формахъ меланхоліи. Стремленіе къ нему иногда такъ сильно и настолько наполняетъ собою всю душевную жизнь больного, что была даже рѣчь о melancholia suicidiae въ такихъ случаяхъ. Увѣчья вслѣдствіе попытокъ къ самоубійству часто наблюдаются у меланхоликовъ. Во время raptus melancholicus дѣло нерѣдко доходитъ до насильственныхъ дѣйствій по отношенію къ другимъ.

7. Изъ соматическихъ симптомовъ наиболѣе постоянны безсонница, отсутствіе аппетита и недостаточное принятіе пищи. На лицѣ, въ области верхней вѣтви лицевого нерва, замѣчаются судорожныя подергиванія, тогда какъ части, иннервируемыя нижней вѣтвью того же нерва, иногда разслаблены, дряблы: углы рта опущены, ротъ остается открытымъ, изъ него течетъ слюна. Больной держитъ обыкновенно лицо наклоненнымъ внизъ. Языкъ едва высовывается. Ѣстъ паціентъ медленно —всякій кусокъ пищи или взятая въ ротъ жидкость долго передвигаются изъ стороны въ сторону въ ротовой полости. Движенія медленны, тяжелы; больной ходитъ лишь маленькими шагами. Мышцы зачастую разслаблены, иногда гипотоничны; въ другихъ случаяхъ въ нихъ замѣчается напряженіе, съ которымъ нерѣдко связано состояніе, извѣстное подъ именемъ „восковой гибкости“ членовъ, flexibilitas cerea. Далѣе, у меланхоликовъ обыкновенно замѣчается ослабленіе напряженія артерій (hypotensio). Существуетъ общее ощущеніе холода: руки и ноги холодны на-ощупь и обнаруживаютъ нѣкоторую степень синюшности. Плачъ не сопровождается слезами. Сосудодвигательнымъ разстройствамъ слѣдуетъ приписать и предсердечный страхъ или тоску, обыкновенно сопровождающіе меланхолію съ самаго ея начала. Raptus melancholicus надлежитъ также разсматривать какъ проявленіе предсердечнаго страха съ насильственнымъ разряженіемъ его наружу.

При меланхоліи пульсъ малъ и замедленъ, число дыхательныхъ движеній уменьшено; языкъ сухъ, десны и губы зачастую покрыты фулигинознымъ налетомъ.

Въ желудкѣ находятъ часто избытокъ свободной соляной кислоты. Общее количество мочи уменьшено, уменьшено и содержаніе въ ней твердыхъ минеральныхъ составныхъ частей, за исключеніемъ землистыхъ фосфатовъ, количество которыхъ увеличено. Регулы часто отсутствуютъ во время меланхоліи, возстановляясь при поворотѣ болѣзни къ выздоровленію, иногда лишь послѣ полнаго выздоровленія. Температура тѣла ниже нормы; порой она принимаетъ обратный типъ—typus inversus. Вѣсъ тѣла обыкновенно весьма значительно уменьшается.

Этіологія. Послѣ галлюцинаторнаго бреда меланхолія самый частый изъ функціональныхъ психозовъ. Она встрѣчается чаще у женщинъ,

чѣмъ у мужчинъ. Возрастъ, въ которомъ она по преимуществу появляется, колеблется между 20 и 30 годами у обоихъ половъ: у женщинъ меланхолія возникаетъ нерѣдко въ 45—50-лѣтнемъ возрастѣ, а у мужчинъ она можетъ появиться лѣтъ въ 50—60. Наступленіе половой зрѣлости служитъ иногда предрасполагающей причиной для меланхоліи, обусловливая также зачастую необычное теченіе болѣзни. То же относится и къ наступленію старческаго возраста: такъ, старческая меланхолія часто переходитъ въ старческое слабоуміе. Въ числѣ непосредственныхъ причинъ меланхоліи значительную роль играютъ угнетающія вліянія. Но и вліянія, вызывающія сначала радостное возбужденіе, могутъ—при наличности психопатическаго предрасположенія—все же дѣйствовать въ концѣ концовъ вреднымъ образомъ. Такъ, у обрученныхъ, особенно женскаго пола, нерѣдко возникаетъ меланхолія, причемъ больныя сокрушаются о томъ, что онѣ не въ состояніи исполнять своихъ обязанностей по отношенію къ мужу и упрекаютъ себя въ отсутствіи любви къ жениху. У мужчинъ при тѣхъ же условіяхъ слышатся меланхолическія жалобы по поводу грѣховъ молодости, появляется ипохондрическій страхъ импотенціи и т. п. Подобнымъ же образомъ нерѣдко развиваются меланхолическія разстройства у новобрачныхъ, вскорѣ послѣ свадьбы, въ первую брачную ночь. Причинами возникновенія меланхоліи могутъ, далѣе, быть послѣродовой періодъ, разстройства отправленій брюшныхъ органовъ, онанизмъ и сперматоррея съ ихъ ослабляющими вліяніями.

Возникаетъ болѣзнь постепенно и лишь въ исключительныхъ случаяхъ внезапно, достигая затѣмъ своего наивысшаго развитія послѣ ряда экзацербацій и ремиссій, которыя наблюдаются и при переходѣ въ выздоровленіе. Бываетъ также періодическая меланхолія, чаще всего въ формѣ простой меланхоліи (melancholia simplex), возвращающейся у нѣкоторыхъ паціентовъ каждую весну или каждую осень. Многіе изъ случаевъ, принимаемыхъ за періодическую манію, обнаруживаютъ при ближайшемъ разсмотрѣніи всѣ явленія, свойственныя меланхоліи.

Ремиттирующая меланхолія есть хроническая меланхолія слабой интенсивности, при которой повременамъ, черезъ извѣстные промежутки, болѣзненныя явленія усиливаются.

Продолжительность болѣзни рѣдко меньше 3—4 мѣсяцевъ. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ выздоровленіе не наступаетъ ранѣе мѣсяцевъ девяти и даже года. Есть и такіе случаи, которые длятся по нѣсколько лѣтъ и потомъ все же переходятъ въ выздоровленіе.

Исходы:

1. Выздоровленіе. Melancholia simplex переходитъ обыкновенно въ выздоровленіе, но зачастую ведетъ къ рецидивамъ. Melancholia typica вылечивается въ 60 % случаевъ. Излеченіе наступаетъ постепенно и лишь при совершенно исключительныхъ обстоятельствахъ—внезапно. Рецидивы бываютъ часто, иногда лѣтъ десять спустя и даже позже. Они принимаютъ ту-же клиническую форму, но иногда проявляются въ формѣ маніи.

2. Переходъ въ состояніе вторичнаго психоза: въ хроническую меланхолію, во вторичное слабоуміе.

3. Смерть, особенно отъ самоубійства, истощенія или бугорчатки.

Распознаваніе. Діагностика меланхоліи устанавливается на основаніи слѣдующихъ симптомовъ: 1) угнетенное настроеніе духа, 2) подавленность психическихъ функцій, 3) самообвиненіе и 4) отсутствіе всякихъ явленій, указывающихъ на существованіе сложнаго психоза, на интоксикаціонный или органическій психозъ.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ принимать во вниманіе слѣдующія болѣзненныя состоянія:

1. Прогрессивный параличъ. Въ депрессивномъ стадіи или при депрессивной формѣ его картина болѣзни по части умственнаго состоянія больного можетъ напоминать меланхолію. Но разстройства рѣчи, неподвижность зрачковъ и паралитическіе приступы докажутъ существованіе прогрессивнаго паралича.

2. Параноя. Параноикъ можетъ выражать и проявлять бредовыя представленія съ характеромъ преслѣдованія совершенно такъ же какъ меланхоликъ, но онъ считаетъ себя преслѣдуемымъ вслѣдствіе враждебнаго отношенія къ нему извѣстныхъ личностей, которымъ онъ не далъ къ тому никакого повода или которые его боятся. Онъ становится во враждебное отношеніе къ своимъ преслѣдователямъ и сопротивляется имъ. Наоборотъ, меланхоликъ считаетъ справедливыми преслѣдованія, которымъ онъ подвергается, признавая ихъ только чрезмѣрно жестокими; иногда же онъ находитъ ихъ даже недостаточно строгими по сравненію съ его злодѣяніями.

3. Галлюцинаторный бредъ (см. описаніе этой болѣзни).

4. Вопросъ о томъ, принадлежитъ-ли данное меланхолическое состояніе къ проявленіямъ циркулярнаго психоза или же къ періодической меланхоліи, можетъ быть рѣшенъ съ полной достовѣрностью только на основаніи изученія анамнеза больного или теченія болѣзни. Протекающія въ весьма мягкой формѣ меланхоліи заставляютъ подозрѣвать періодичность болѣзни.

5. Меланхолики нерѣдко диссимулируютъ свою болѣзнь, особенно съ цѣлью обмануть приближенныхъ, освободиться отъ строгаго надзора, выйти изъ заведенія—съ цѣлью совершить самоубійство. Тщательное изслѣдованіе больного, главнымъ же образомъ наблюденіе за нимъ въ теченіе ночи помогутъ тутъ выясненію истины.

Предсказаніе. Оно благопріятно при melancholia simplex, хотя есть основаніе опасаться рецидивовъ и періодическаго теченія болѣзни. При типической меланхоліи, въ виду вышеупомянутаго процента выздоровленій, предсказаніе отнюдь не мрачно, но оно значительно ухудшается, когда меланхолія принимаетъ форму кататоніи.

Леченіе. При леченіи меланхоліи надобно имѣть прежде всего въ виду тщательный надзоръ за больнымъ. Когда, вслѣдствіе особенно благопріятныхъ для этого условій, такой надзоръ осуществимъ на дому,

то можно лечить меланхолика въ собственной его квартирѣ, отведя ему изолированную комнату, уложивъ его въ постель и снабдивъ подходящей для ухода и наблюденія за нимъ прислугой. Но такъ какъ для громаднаго большинства меланхоликовъ такихъ условій не имѣется, то можно сказать вообще, что меланхоликъ требуетъ помѣщенія въ психіатрическое заведеніе. Но гдѣ бы ни лечился меланхоликъ, на дому или въ психіатрической больницѣ, его первымъ дѣломъ—разъ установлена діагностика „меланхолія"—слѣдуетъ заподозрить въ стремленіи къ самоубійству, даже при отсутствіи всякихъ проявленій въ этомъ смыслѣ со стороны больного. Поэтому за нимъ слѣдуетъ тотчасъ же организовать строжайшій надзоръ, не оставляя его ни на минуту одного.

При ипохондрической меланхоліи точное клиническое изслѣдованіе всѣхъ органовъ и выясненіе вытекающихъ изъ него терапевтическихъ показаній должно предшествовать установленію общаго плана леченія.

Вообще же важными терапевтическими средствами при меланхоліи являются постельное содержаніе, хорошее питаніе, влажныя закутыванія и продолжительныя теплыя ванны.

Опій [1]) пользуется издавна и вполнѣ основательно хорошей репутаціей при меланхоліи. Можно дойти постепенно до 1,0 опія въ сутки. Въ другихъ случаяхъ еще лучше дѣйствуютъ подкожныя впрыскиванія морфія: начинаютъ съ 0,015 и доходятъ до 0,03 и даже до 0,6 морфія, три раза въ сутки. Когда морфій вызываетъ рвоту, то къ нему прибавляютъ малыя дозы атропина. При этомъ съ каждой ѣдой даютъ нѣсколько капель соляной кислоты, въ виду обусловливаемаго морфіемъ уменьшенія отдѣленія этой кислоты въ желудкѣ.

При пассивной меланхоліи полезно иногда назначеніе spiriti vini rectificatissimi по чайной или столовой ложкѣ, нѣсколько разъ въ день (*Mendel, Obermeier*). Въ качествѣ снотворнаго можно назначать тріоналъ, паральдегидъ или, въ очень упорныхъ случаяхъ, хлоралъ-гидратъ. Отъ другихъ многочисленныхъ средствъ, предложенныхъ противъ меланхоліи, каковы наперстянка, фосфоръ, helleborus, особенной пользы ожидать нельзя. При отказѣ отъ пищи прибѣгаютъ къ питательнымъ клизмамъ и къ желудочному зонду.

Хотя паціента слѣдуетъ выпускать изъ заведенія лишь послѣ полнаго выздоровленія и притомъ такого, которое сопровождается значительнымъ и непрерывнымъ увеличеніемъ вѣса тѣла, но бываютъ однако случаи, когда меланхолики, обнаруживающіе весьма сильную тоску по дому, могутъ быть отпущены въ видѣ опыта домой, но не иначе какъ при условіи строгаго за ними надзора въ семьѣ. Иногда выздоровленіе удивительно быстро наступаетъ на дому.

---

[1]) *Ziehen*, Therap. Monatshefte, 1889.

4. Циркулярный психозъ [1]).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ душевное разстройство оказывается состоящимъ изъ двухъ противоположныхъ элементовъ, изъ маніакальнаго и изъ угнетеннаго состояній (psychosis typica—*Kahlbaum*'а, manisch-depressives Irresein—*Kraepelin*'а). Такая болѣзнь можетъ оканчиваться стойкимъ выздоровленіемъ. Въ иныхъ случаяхъ она рецидивируетъ въ той же формѣ или въ формѣ то маніи, то меланхоліи. Наконецъ, маніакально-угнетенное помѣшательство является иногда рецидивомъ маніи или меланхоліи.

Именемъ циркулярныхъ психозовъ обозначаютъ только тѣ душевныя разстройства, при которыхъ происходитъ болѣе или менѣе правильная смѣна меланхолическаго угнетенія и маніакальнаго возбужденія. Они бываютъ то перемежающіеся (интермиттирующіе), когда отдѣльные фазисы болѣзни отдѣляются другъ отъ друга свободными промежутками, то непрерывные—при отсутствіи такихъ свободныхъ промежутковъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни изъ перемежающейся формы зачастую образуется непрерывная форма. Тамъ, гдѣ меланхолическій и маніакальный стадіи проявляются въ легчайшей формѣ, можетъ быть рѣчь о циклотиміи (Cyclothymia—*Hecker*'а). Вообще же въ меланхолическомъ и маніакальномъ стадіяхъ циркулярныхъ психозовъ наблюдаются всѣ возможныя степени развитія маніи и меланхоліи.

Въ большинствѣ случаевъ циклъ начинается меланхоліей, которой нерѣдко предшествуетъ аура, сказывающаяся парэстезіями, желудочными симптомами, безсонницей, иногда нѣкоторыми трофическими разстройствами, вродѣ, напр., herpes zoster. У другихъ больныхъ аура выражается сонливостью, общимъ недомоганіемъ, сердцебіеніемъ, болями въ спинѣ и пр. Стадій угнетенія обыкновенно особенно сильно выраженъ, иногда такъ сильно, что маніакальный стадій остается неузнаннымъ, такъ какъ маніакальное возбужденіе кажется физіологической реакціей, слѣдующей за подавленностью, которая тяготѣла надъ больнымъ во время меланхолическаго стадія. Тѣмъ не менѣе хлопотливость больного, его повышенная аффективность и чрезмѣрная предпріимчивость уже потому не могутъ считаться нормальными, что больной, сохранившій полную свою разсудительность, долженъ былъ бы замѣтить, что онъ опять заболѣваетъ. Къ тому же въ этомъ маніакальномъ стадіи существуетъ обыкновенно и ненормально усиленная раздражительность. Но въ другихъ случаяхъ маніакальный стадій очень явственно выраженъ; очень рѣдко онъ, однако, усиливается до степени неистовства. Смѣна одной фазы другою совершается иногда въ теченіе ночи. Больной ложится вечеромъ въ постель въ угнетенномъ состояніи, съ лицомъ, покрытымъ морщинистыми складками, съ сухими, гладко приставшими къ головѣ волосами —утромъ же онъ просыпается радостный, съ блестящими глазами и кудрявыми волосами: онъ пере-

---

[1]) *Hoche*, Ueber die leichteren Formen period. Irreseins. Halle 1897. *Pilcz*, Period. Geistesstörungen. Jena 1901. *Ziehen*, Neurol. Centrlbl., 1896.

шелъ изъ меланхолическаго стадія въ стадій маніакальный. Въ другихъ случаяхъ переходъ этотъ сопровождается колебаніями, смѣною противоположныхъ настроеній (смѣшанныя формы). Хотя отдѣльные припадки въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни вообще схожи между собой по продолжительности и интенсивности, иногда до фотографической вѣрности, нерѣдко, однако, картина болѣзни значительно измѣняется при нѣкоторыхъ припадкахъ. Порой циркулярному психозу предшествуетъ меланхолія, оканчивающаяся выздоровленіемъ, послѣ чего только черезъ годъ или даже черезъ нѣсколько лѣтъ возникаетъ циркулярное помѣшательство.

Касательно психическихъ разстройствъ въ меланхолическомъ и маніакальномъ стадіяхъ см. описаніе маніи и меланхоліи.

Замѣтимъ здѣсь только, что какъ экспансивныя бредовыя представленія маніаковъ, такъ и депрессивныя представленія меланхоликовъ при циркулярномъ психозѣ крайне рѣдко достигаютъ той степени, въ какой они проявляются въ типическихъ случаяхъ маніи или меланхоліи. Тѣмъ не менѣе наблюдаются маніакальныя неистовства, а также боязливый и кататоническій ступоръ.

Галлюцинаціи имѣются въ отдѣльныхъ случаяхъ, но не часто. Иногда меланхолическія бредовыя представленія переплетаются съ паранойными, причемъ угнетеніе является отчасти результатомъ реакціи на преслѣдованія, которымъ, будто бы, подвергается больной.

Изъ числа соматическихъ симптомовъ слѣдуетъ упомянуть о томъ фактѣ, установленномъ сфигмографическими изслѣдованіями, что въ стадіи угнетенія существуетъ усиленное напряженіе артерій при уменьшенной работѣ сердца, тогда какъ въ маніакальномъ стадіи пульсовыя волны отличаются очень быстрымъ, крутымъ подъемомъ, заостренной верхушкой и болѣе или менѣе выраженнымъ дикротизмомъ. Дыханіе ускорено въ маніакальномъ стадіи, замедлено въ стадіи меланхолическомъ. Въ мочѣ, при наличности психическаго разстройства, находятъ индиканъ, ацетонъ и діацетъ-уксусную кислоту, которые исчезаютъ на время свободнаго промежутка. Иногда выдѣленіе этихъ веществъ мочей предшествуетъ припадку (*Pilcz*). Мѣсячныя при циркулярномъ психозѣ обыкновенно не нарушаются.

Этіологія. Циркулярный психозъ рѣдко показывается послѣ тридцатилѣтняго возраста, появляясь по большей части на второмъ или въ началѣ третьяго десятка. Онъ встрѣчается чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ. Наслѣдственность фигурируетъ въ немъ въ большемъ процентѣ случаевъ, чѣмъ при другихъ функціональныхъ психозахъ. Отсутствіе въ семействѣ субъекта, одержимаго циркулярнымъ психозомъ, повторныхъ душевныхъ заболѣваній должно считаться совершенно исключительнымъ обстоятельствомъ.

Продолжительность припадковъ или отдѣльныхъ фазисовъ припадка весьма различна. Иногда припадки принимаютъ ежедневный типъ; въ другихъ случаяхъ отдѣльные фазисы болѣзни длятся по 3—6 мѣсяцевъ или даже долѣе.

Исходы:

1. Выздоровленіе наблюдается очень рѣдко; чаще получается только ослабленіе отдѣльныхъ фазисовъ припадка.

2. Переходъ въ слабоуміе принадлежитъ къ исключеніямъ. Есть случаи циркулярнаго психоза, при которыхъ способность составленія и воспроизведенія представленій сохраняется въ полной силѣ до самаго престарѣлаго возраста.

Распознаваніе. Циркулярный психозъ можно смѣшать:

1. Съ циркулярной формой прогрессивнаго паралича. Здѣсь рѣшающее значеніе имѣютъ соматическіе симптомы, особенно наличность паралитическихъ припадковъ.

2. Съ циркулярно-эпилептическимъ помѣшательствомъ на почвѣ эпилепсіи. Здѣсь имѣются на-лицо классическіе припадки эпилепсіи или эпилептическіе эквиваленты.

3. Съ меланхоліей или маніей—въ соотвѣтственныхъ періодахъ циркулярнаго помѣшательства (см. описаніе этихъ функціональныхъ психозовъ).

Предсказаніе неблагопріятно quoad sanationem, хотя въ теченіи болѣзни могутъ наступать перерывы на многіе годы.

Леченіе. Противъ возврата припадковъ можно назначать бромъ, эрготинъ, атропинъ, подобно тому какъ это дѣлается при періодической маніи. Въ отдѣльныхъ стадіяхъ, при маніакальномъ возбужденіи или при меланхолическомъ угнетеніи, слѣдуютъ терапевтическимъ правиламъ, о которыхъ было сказано при описаніи этихъ душевныхъ состояній.

5. Параноя (paranoia) [1]).

Мы видѣли, что при маніи первичнымъ разстройствомъ является ускореніе хода представленій, а при меланхоліи—гиперэстезія и невральгія чувствъ. При параноѣ первичнымъ разстройствомъ служитъ нарушеніе закона самой ассоціаціи представленій. Разстройство состоитъ въ томъ, что одинъ изъ законовъ ассоціаціи получаетъ преобладаніе надъ другими, или же представленія перестаютъ сочетаться между собой нормальнымъ образомъ.

а) Зачаточная параноя (paranoia rudimentaria—*Morselli*), навязчивыя представленія (Zwangsvorstellungen, obsessions).

1. Навязчивыя представленія могутъ заключаться въ томъ, что одно какое-нибудь представленіе или извѣстный рядъ представленій до такой степени выступаютъ на первомъ планѣ сознанія, что болѣе или менѣе заслоняютъ собою всѣ остальныя.

Разстройство это имѣетъ то длительный характеръ, то оно проявля-

---

[1]) *Zieben*, Arch. f. Psych. 24. *Cramer*, Abgrenzung und Differentialdiagnose. Zeitschr. f. Psych. Bd. 51. *Mendel* in Eulenburgs Realencyclopedie, 3. Aufl. *Werner*, Die Paranoia 1891.

ется лишь при опредѣленныхъ обстоятельствахъ и условіяхъ. Есть больные, которые, при видѣ всякой цифры, начертанной на экипажахъ, на домахъ, вагонахъ и пр., чувствуютъ непреодолимое побужденіе къ ариѳметическимъ выкладкамъ, вродѣ умноженія, дѣленія, извлеченія квадратнаго корня (аритмоманія). При этомъ нѣкоторымъ цифрамъ (напр. числу 13) придается зачастую особое значеніе. Другимъ больнымъ постоянно приходятъ въ голову извѣстныя слова или нѣкоторые воспроизводимые памятью образы, отъ которыхъ невозможно отвязаться. Такъ, нѣкоторые субъекты принуждены постоянно спрашивать себя, нѣтъ-ли кого у нихъ за спиной. Одинъ изъ моихъ паціентовъ, при входѣ всякаго новаго лица въ комнату, принужденъ былъ представлять себѣ видъ голыхъ ногъ вошедшаго, спрашивать себя вымыты-ли онѣ или грязны. Одна 21-лѣтняя дама не могла отдѣлаться отъ мысли, что у нея будетъ ребенокъ оттого, что, будучи шести лѣтъ отъ роду, она однажды была унесена на рукахъ мужчиной.

2. Навязчивыя представленія могутъ обусловливаться преобладаніемъ того или иного закона ассоціацій представленій. Въ нормальномъ состояніи ходъ идей преимущественно опредѣляется представленіями о подобіи, сосуществованіи и послѣдовательности или преемственности, но при патологическихъ условіяхъ могутъ преобладать ассоціаціи, обусловленныя иными факторами.

a) Навязчивыя представленія отъ преобладанія ассоціацій, основанныхъ на законѣ протоположенія или контраста. Во время молитвы больной произноситъ въ умѣ проклятія; при обращеніи къ Богоматери онъ принужденъ представлять себѣ ея половыя части. Въ театрѣ ему хочется крикнуть: „пожаръ“. Проходя мимо часового, ему хочется отнять у него ружье.

Мышленіе контрастирующими представленіями ведетъ, далѣе, къ навязчивымъ сомнѣніямъ (Zweifelsucht). Больной постоянно спрашиваетъ себя, задулъ-ли онъ свѣчку и не упала-ли при этомъ куда-нибудь искра? Не написалъ-ли онъ „нѣтъ“, вмѣсто того, чтобы написать „да“? Опустилъ ли онъ письмо въ почтовый ящикъ, а не бросилъ его около ящика? Не укралъ-ли онъ то, что, какъ говорятъ, было украдено? Не совершилъ ли онъ оскорбленіе величества словомъ? Не было-ли чего нибудь компрометирующаго въ выброшенномъ имъ клочкѣ бумаги? Съ этимъ порой связано опасеніе покраснѣть и такимъ образомъ выдать себя (эритрофобія), причемъ больной дѣйствительно краснѣетъ. Иногда съ такимъ состояніемъ сочетается — какъ это бываетъ при фобіяхъ вообще — боязнь прикосновенія къ разнымъ предметамъ и не изъ ипохондрическихъ страховъ (опасеніе заразиться), но изъ боязни положить въ нихъ ядъ или нѣчто вредоносное и тѣмъ причинить вредъ другимъ.

b) Навязчивыя представленія возникаютъ еще вслѣдствіе преобладанія ассоціацій, происходящихъ по закону причины и слѣдствія (резонерство, Grübelsucht.) Слѣдуетъ принять два различныхъ типа этого рода резонеровъ:

1. Типъ метафизика: Почему Богъ создалъ міръ? Почему существуетъ безсмертіе души? и пр.

2. Типъ реалиста: Отчего эти люди, живущіе въ нижнемъ этажѣ, не имѣютъ ставней? Отчего не боятся они воровъ? Почему у человѣка двѣ ноги, а не четыре? Отчего листья зеленаго, а не синяго цвѣта? Если я думаю о томъ, что вотъ я уколю мать, и только думаю объ этомъ, но не сдѣлаю этого, то причиню-ли тѣмъ какой-либо вредъ матери или не причиню?

Такое болѣзненное состояніе можетъ проявляться и постояннымъ задаваніемъ вопросовъ другимъ (Fragesucht, phrenolepsia erotematica—*Meschede*).

При всѣхъ такихъ состояніяхъ сознаніе ихъ болѣзненнаго характера сохранено.

Галлюцинацій при этихъ навязчивыхъ представленіяхъ не бываетъ, но имѣются непріятныя, мучительныя ощущенія, по большей части въ формѣ страха, что сознаваемый самимъ паціентомъ болѣзненный характеръ упомянутыхъ психическихъ разстройствъ можетъ „свести его съ ума“, и этотъ страхъ иногда усиливается до невыносимости.

Навязчивыя представленія ведутъ порой къ принудительнымъ, импульсивнымъ дѣйствіямъ, которыя по большей части сводятся къ произнесенію словъ, соотвѣтствующихъ навязчивымъ представленіямъ и, подобно послѣднимъ, зачастую лишены всякаго смысла (ономатоманія); иногда же слова эти имѣютъ неприличное значеніе (копролялія) и сочетаются съ разными „тиками“ двигательнаго аппарата. Опасеніе такого рода поступковъ можетъ мѣшать больному въ его сношеніяхъ съ другими людьми. Онъ боится посѣщать церковь, театры и даже выходить на улицу. Власть навязчивыхъ представленій можетъ доходить до того, что больной временно или постоянно лишается возможности исполнять свои служебныя или профессіональныя обязанности. Въ тяжелыхъ случаяхъ ему даже трудно бываетъ встать съ постели, одѣться и пр., такъ какъ для этого ему надобно всегда очень много времени.

Этіологія. Зачаточная параноя по большей части возникаетъ въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ, но иногда уже въ дѣтскомъ возрастѣ. Изъ предрасполагающихъ къ ней причинъ наибольшую роль играетъ нейропатическая наслѣдственность.

Болѣзнью этой поражаются обыкновенно субъекты, которые смолоду, еще въ школѣ, отличались необыкновенной добросовѣстностью и серьезностью, чѣмъ затрудняли вообще себѣ жизнь.

Ближайшей причиной болѣзни въ большинствѣ случаевъ является внезапное нравственное потрясеніе, горе, продолжительныя заботы, а также иногда и физическое или умственное перенапряженіе съ послѣдующими истощеніемъ и безсонницей.

Болѣзнь рѣдко возникаетъ внезапно; по большей части она развивается постепенно.

Теченіе. Въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ значительной психопатической

наслѣдственности и которые возникаютъ острымъ образомъ на почвѣ истощенія, болѣзненные симптомы могутъ исчезнуть по прошествіи нѣсколькихъ недѣль. Чаще болѣзнь принимаетъ хроническій характеръ, сопровождаясь многочисленными ремиссіями и экзацербаціями; въ рѣдкихъ случаяхъ теченіе отличается періодичностью.

Исходы могутъ быть нижеслѣдующіе:

1. Выздоровленіе полное (какъ было сказано выше) или съ наклонностью къ рецидивамъ.

2. Стойкость болѣзни, причемъ наблюдаются ремиссіи и экзацербаціи.

3. Переходъ въ типичную параною, что случается очень рѣдко.

4. Смерть отъ самоубійства изъ-за страха „сойти съ ума“ или вслѣдствіе желанія освободиться отъ невыносимыхъ мученій.

Распознаваніе. Рѣшающимъ для діагностики навязчивыхъ представленій является фактъ сознаванія больнымъ патологическаго характера ихъ; другими словами, отъ страдающаго навязчивыми представленіями требуется признаніе болѣзненности этого разстройства. Существуютъ многочисленные переходы между навязчивыми представленіями у здоровыхъ людей (отъ неправильнаго воспитанія или дурного примѣра) и навязчивыми представленіями зачаточной паранои. Есть также рѣдкіе случаи, въ которыхъ навязчивыя представленія переходятъ въ бредовыя идеи.

Первично возникающія навязчивыя представленія слѣдуетъ отличать:

1. Отъ вторичныхъ, образующихся на почвѣ центральнаго нейроза или психоза и являющихся симптомами этихъ послѣднихъ. На почвѣ истеріи можетъ возникать навязчивое представленіе о супружеской невѣрности или истерическій бредъ ревности, иногда трудно отличимый отъ простой сильной ревности; иногда эти навязчивыя представленія относятся къ позыву на мочеиспусканіе, выдѣленію кишечныхъ газовъ, къ образамъ полового характера, непрестанно, насильственно мучащимъ истеричныхъ.

У эпилептиковъ періодическое повтореніе навязчивыхъ представленій можетъ играть роль ауры судорожнаго припадка или эквивалента его; иногда разстройства эти наблюдаются и въ промежуткахъ между припадками.

Въ такихъ случаяхъ говорятъ объ истерическихъ и эпилептическихъ навязчивыхъ представленіяхъ.

Вообще, при самыхъ различныхъ психозахъ, особенно у меланхоликовъ и параноиковъ, могутъ возникать бредовыя представленія, навязчиво выступающія впередъ.

Такія навязчивыя бредовыя представленія отличаются отъ навязчивыхъ же, но не бредовыхъ представленій какъ по генезису (въ первомъ случаѣ имѣется дѣло съ помѣшаннымъ, во второмъ случаѣ—съ нормальнымъ въ душевномъ отношеніи субъектомъ), такъ и тѣмъ, что они сопровождаются другими симптомами психическаго разстройства, и, наконецъ, по исходу: бредовыя навязчивыя представленія исчезаютъ обыкно-

венно при выздоровленіи отъ психоза, тогда какъ не-бредовыя навязчивыя представленія держатся, хотя и колеблятся въ своей интенсивности, причемъ данный субъектъ все-же не становится душевно-больнымъ.

2. Отъ фобій, возникающихъ на почвѣ ипохондріи.

3. Отъ продолжающихся иногда долгое время послѣ излеченія психическаго разстройства остаточныхъ навязчивыхъ представленій (подобно остаточнымъ, резидуарнымъ галлюцинаціямъ, см. стр. 31).

Предсказаніе относительно прочнаго и полнаго выздоровленія неблагопріятно въ значительномъ большинствѣ случаевъ зачаточной паранои.

Леченіе сводится къ отвлеченію больного отъ его душевныхъ разстройствъ помощью физической работы, спорта, путешествій въ обществѣ симпатичныхъ для него людей, разныхъ формъ гидротерапіи и психическаго вліянія. Послѣднее должно имѣть главнымъ образомъ въ виду увѣрить больного въ томъ, что онъ не сойдетъ съ ума, чего, при сильномъ сознаніи своего болѣзненнаго состоянія, особенно опасаются почти всѣ паціенты этого рода. Помѣщеніе въ психіатрическое заведеніе показано лишь въ исключительныхъ случаяхъ—при невозможности пользованія больного на дому. Изъ лекарствъ можно попробовать мышьякъ и нитроглицеринъ (въ капляхъ или табличкахъ по 0,0005—0,001, нѣсколько разъ въ день). При состояніяхъ временнаго возбужденія успокаивающее дѣйствіе оказываютъ препараты брома, фенацетинъ и пирамидонъ.

b) Типичная параноя, paranoia typica.

1. *Простая острая параноя, paranoia simplex acuta.*

Болѣзнь начинается безсонницей, потерей аппетита, дурнымъ настроеніемъ. Паціенту начинаетъ казаться, что на него обращаютъ особенное вниманіе какъ дома, такъ и на улицѣ; онъ относитъ къ себѣ самыя безразличныя событія (бредъ обращенія вниманія, отношенія всего къ себѣ, Beachtungswahn, krankhafte Eigenbeziehung—*Neisser*'а, см. стр. 25 и 26). Онъ думаетъ, что отъ него чего-то хотятъ, что потѣшаются надъ нимъ. Болѣзнь эта переходитъ обыкновенно въ выздоровленіе черезъ нѣсколько мѣсяцевъ при постепенномъ успокоеніи паціента, причемъ дѣло не доходитъ до систематизаціи бредовыхъ идей.

Подъ именемъ délire d'emblée *Magnan* разумѣетъ идеи преслѣдованія и величія, появляющіяся совершенно внезапно у наслѣдственно предрасположенныхъ субъектовъ, достигающія въ нѣсколько часовъ своего кульминаціоннаго пункта и затѣмъ часто исчезающія уже въ нѣсколько недѣль. Съ ними можетъ быть связано преходящимъ образомъ состояніе умственной запутанности. Я нерѣдко наблюдалъ такія преходящія (держащіяся иногда лишь нѣсколько дней) идеи преслѣдованія, особенно въ климактерическомъ возрастѣ и въ связи съ мѣсячными. При этомъ бываютъ иногда рецидивы.

2. *Простая хроническая (сочетающая) параноя, paranoia simplex chronica (combinatoria).*

Болѣзнь начинается такъ постепенно, что моментъ ея перваго появленія по большей части опредѣлить не удается.

1. Stadium initiale. Въ больномъ наступаетъ извѣстное измѣненіе, которое зачастую сказывается рѣзко лишь по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ, послѣ полнаго развитія психоза, становясь только тогда очевиднымъ для окружающихъ. Больной отстраняется отъ всего, что прежде радовало его или доставляло ему удовольствіе, замыкается въ самомъ себѣ, сосредоточивается. Съ другой стороны, онъ удивительно легко раздражается и обнаруживаетъ наклонность къ насилію. Иногда бросаются въ глаза его странныя тѣлодвиженія или столь же странное, многозначительное произношеніе нѣкоторыхъ словъ. Въ состояніи физическаго здоровья при этомъ не замѣчается какихъ-либо существенныхъ разстройствъ, хотя сонъ часто недостаточенъ и аппетитъ уменьшенъ. Больной продолжаетъ заниматься своими дѣлами.

2. Stadium paranoicum. По случаю какого-нибудь особенно волнующаго его событія или легкаго лихорадочнаго заболѣванія больной внезапно обнаруживаетъ свои бредовыя идеи: „Я уже давно замѣтилъ, что за мною наблюдаютъ, что всюду слѣдятъ за мною, что мнѣ дѣлаютъ всевозможные намеки. Противъ меня долженъ быть заговоръ; можетъ быть у меня имѣется двойникъ. Я больше ни одной минуты не чувствую себя въ безопасности на улицѣ; на меня намекаютъ даже въ газетахъ“. Больной относитъ къ себѣ не только событія настоящаго (бредъ придаванія всему значенія, Beziehungswahn), но и прошлое онъ истолковываетъ въ тотъ же смыслѣ: „меня преслѣдовали и прежде, преслѣдуютъ и теперь; соціалъ-демократы, франмасоны, полиція постоянно слѣдятъ за мною“. На вопросъ, съ какою цѣлью его преслѣдуютъ, онъ отвѣчаетъ: „Не имѣю о томъ ни малѣйшаго понятія. Хотятъ-ли меня испытать или добиться чего-нибудь отъ меня? За всѣмъ этимъ какая-то тайна. Какъ бы то ни было, но я служу, повидимому, предметомъ особеннаго вниманія“. Позднѣе больной открываетъ тайну: „Значеніе мое, какъ личности, признали, и мнѣ хотятъ помѣшать занять подобающее мѣсто въ наукѣ и въ искусствѣ; поэтому меня хотятъ уничтожить тѣлесно и духовно“. „Они знаютъ, что я королевскаго происхожденія, что я призванъ занять престолъ, основать новую религію, и меня запираютъ въ домъ умалишенныхъ, чтобы сдѣлать меня безвреднымъ“. Такъ бредъ преслѣдованія и бредъ величія постепенно перемѣшиваются въ логической связи между собой въ цѣлую систему. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вмѣсто описаннаго бреда величія, дѣло ограничивается легкимъ перецѣниваніемъ себя, замѣтнымъ лишь при внимательномъ изслѣдованіи больного. Но иногда нѣтъ признаковъ идей величія и даже замѣчается нѣкоторое сознаніе своей умственной недостаточности: „меня хотятъ погубить, какъ

слишкомъ слабаго въ борьбѣ за существованіе". Въ другихъ случаяхъ бредъ преслѣдованія, повидимому, отсутствуетъ и имѣются только налицо идеи величія, но внимательное изученіе анамнеза обнаруживаетъ наличность идей преслѣдованія въ прошломъ.

Тамъ, гдѣ бредъ выражается по преимуществу въ одномъ направленіи, говорили прежде объ idea fixa, полагая, что только въ одномъ пунктѣ и заключается въ данномъ случаѣ помѣшательство. Выше уже было указано на ошибочность такого мнѣнія (см. стр. 31).

Изъ параноиковъ набираются нѣкоторые душевно-больные „изобрѣтатели", „реформаторы" и значительное число такъ называемыхъ сутягъ.

3. Stadium dementiae. По мѣрѣ ослабленія энергіи постепенно наступаетъ, часто лишь по прошествіи десятковъ лѣтъ, состояніе умственной слабости. Пророки, императоры и короли начинаютъ вести тогда спокойную жизнь въ психіатрическихъ заведеніяхъ, гдѣ становится возможнымъ занимать ихъ разными работами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ прежнія систематизированныя бредовыя представленія повторяются больнымъ въ безсмысленномъ и пестромъ сочетаніи: „я дочь императора Фридриха, идолопоклонническая іезуитка, Kätchen von Heilbronn; я нахожусь подъ спиритическимагнетическимъ вліяніемъ, и меня преслѣдуютъ франмасоны".

3. *Острая галлюцинаторная параноя, paranoia hallucinatoria acuta.*

Клиническая картина и теченіе по существу тѣ же, что и при простой острой параноѣ, отличаясь только наличностью галлюцинацій.

Болѣзнь длится отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Она разнится отъ галлюцинаторнаго бреда главнымъ образомъ свойственной параноѣ сознательностью, а также отсутствіемъ умственной запутанности и систематизаціи галлюцинацій и бредовыхъ представленій. Болѣзнь возникаетъ иногда въ связи съ дисменорреей, часто также въ климактерическомъ возрастѣ. Тамъ, гдѣ она развивается на почвѣ отравленія, особенно алкоголемъ, ее слѣдуетъ отнести не къ функціональнымъ, но къ интоксикаціоннымъ психозамъ.

4. *Хроническая галлюцинаторная параноя, paranoia hallucinatoria chronica.*

1. Stadium initiale. Болѣзнь начинается обыкновенно отдѣльными, совершенно отрывочными и чуждыми обычному умственному содержанію паціента галлюцинаціями: „негодяй", „мошенникъ", „ты долженъ жениться". Больной склоненъ сначала думать, что его съ кѣмъ-то смѣшиваютъ; онъ ищетъ тѣхъ, кто къ нему обращается, и только постепенно, подъ вліяніемъ непрестаннаго возобновленія галлюцинацій, онъ изъ сомнѣвающагося превращается въ убѣжденнаго: онъ начинаетъ, наконецъ, считать себя жертвой преслѣдованія.

2. Stadium paranoicum. Бредъ преслѣдованія и затѣмъ бредъ величія развиваются какъ при простой хронической параноѣ, но, повременамъ и зачастую, подъ вліяніемъ массоваго усиленія галлюцинацій, дѣло доходитъ

до состояній возбужденія, могущихъ принимать преходящимъ образомъ картину галлюцинаторнаго бреда и вести даже къ неистовству.

3. Stadium dementiae въ такомъ случаѣ наступаетъ скорѣе, чѣмъ при простой параноѣ. Но и здѣсь проходитъ нерѣдко десятокъ лѣтъ, прежде чѣмъ настанетъ ослабленіе умственныхъ способностей.

Разновидности.

1. Paranoia hypochondrica. Есть форма хронической паранои, главный и начальный симптомъ которой заключается въ галлюцинаціяхъ внутренностныхъ ощущеній. Въ періодъ наивысшаго развитія болѣзни паціентъ утверждаетъ, что уничтожили его тѣло или разрушили, по очереди, отдѣльные его органы, такъ что онъ изображаетъ изъ себя цѣлый госпиталь. Этого преслѣдователи достигли помощью магнетическихъ вліяній, вредныхъ испареній или ядовъ, данныхъ въ кушаньяхъ. Преслѣдователи эти франмасоны, „иллюминаты“, первые сановники государства; они хотятъ помѣшать больному въ достиженіи его цѣлей.

2. Прирожденная параноя (originäre Paranoia—*Sander*'a). Болѣзнь проявляется уже съ дѣтства, на почвѣ семейственнаго вырожденія, разнаго рода странностями, замкнутостью при тихомъ, мечтательномъ или же злобномъ, раздражительномъ характерѣ и при наличности ипохондрическихъ представленій, иногда въ сопровожденіи ночныхъ страховъ (pavores nocturni), судорогъ, разстройствъ тѣлеснаго развитія и усиленнаго онанизма. Уже въ школѣ больные усматриваютъ въ поведеніи своихъ товарищей преслѣдованія противъ себя. При наступленіи полового созрѣванія развивается форменный психозъ, иногда въ сопровожденіи кататоническаго ступора при частой измѣнчивости картины болѣзни: маніакальное возбужденіе смѣняется то меланхолическимъ, то ипохондрическимъ состояніями угнетенія. При этомъ проявляются бредовыя представленія преслѣдованія, иногда идеи величія. И тутъ содержаніе бреда зачастую черпается изъ сказокъ и романовъ.

Нѣкоторые изъ этихъ больныхъ отличаются наклонностью къ конфабуляціямъ, т. е. разсказываютъ всякую небывальщину (paranoia confabulans). Эта форма паранои ведетъ къ раннему слабоумію, dementia praecox.

3. Melancholia paranoides есть сочетаніе меланхолическихъ бредовыхъ представленій съ параноическими бредовыми представленіями: „Люди дѣлаютъ мнѣ всякіе намеки и упреки, науськиваютъ на меня, отворачиваются отъ меня, грозятъ мнѣ тяжкими наказаніями и пр.“. При этомъ больной заявляетъ, что обращеніе съ нимъ и грозящее ему наказаніе не соотвѣтствуютъ незначительности его вины. Вина эта, конечно, существуетъ, такъ какъ онъ не въ достаточной мѣрѣ исполнилъ долгъ свой, такъ, одна паціентка упрекала себя въ томъ, что она однажды вышла погулять съ мужчиной и пр.

4. Dementia paranoides. Подъ этимъ названіемъ *Kraepelin* сгруппировалъ случаи, въ которыхъ параноическія идеи съ самаго начала отличаются нелѣпостью и фантастичностью, причемъ быстро развивается

слабоумная запутанность, особенно у больныхъ юношескаго или старческаго возраста.

5. Въ извѣстномъ числѣ случаевъ второй стадій паранои не развивается вышеописаннымъ образомъ, но наступаетъ преходящее или длительное кататоническое состояніе, подобное ранѣе описанному (кататоническая параноя).

6. Въ рѣдкихъ случаяхъ параноя протекаетъ при періодически повторяющихся припадкахъ (paranoia periodica).

Частная симптоматологія.

1. Галлюцинаціи. При простой параноѣ иллюзій или галлюцинацій обыкновенно не бываютъ или же онѣ иногда показываются лишь преходящимъ образомъ, но галлюцинаторная параноя отличается наличностью галлюцинацій какъ вначалѣ, такъ и въ дальнѣйшемъ теченіи. Особенно преобладаютъ галлюцинаціи слуха, проявляющіяся часто отдѣльными словами или отдѣльными предложеніями. Иногда наблюдается слышаніе собственныхъ мыслей. Рѣдко галлюцинаціи слуха бываютъ одностороннія или раздвоенныя (dédoublées). Голоса слышатся иногда въ гортани, въ груди, въ животѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной на основаніи своихъ галлюцинацій приходитъ къ убѣжденію, что, рядомъ съ обычнымъ его *я*, въ немъ сидитъ еще другая личность (раздвоеніе личности). Наблюдается даже и утроеніе личности: „во мнѣ, помимо моего *я*, помѣщающагося въ головѣ, сидятъ еще Богъ и діаволъ, которые борятся между собой“. Галлюцинаціи обонянія и вкуса часто находятся въ связи съ представленіями объ отравленіи. Галлюцинаціи зрѣнія сравнительно рѣдки. Галлюцинаціи общей чувствительности и внутренностныхъ ощущеній упоминались уже при описаніи ипохондрической паранои. Они могутъ вызвать состояніе ступора, причемъ больной чувствуетъ какъ его держатъ за языкъ, за руки и пр. (paranoia stuporosa—*Ziehen*'а).

2. Мышленіе. При параноѣ и умственныя способности могутъ оставаться нормальными годами и даже десятками лѣтъ. Такъ, одинъ больной, страдавшій галлюцинаторной параноей, написалъ, въ бытность его въ моемъ заведеніи, хорошую критическую работу о новой греческой литературѣ.

Бредовыя представленія при параноѣ заключаются прежде всего въ идеяхъ преслѣдованія, которыя развиваются изъ бреда обращенія на все вниманія и бреда отношенія всего къ себѣ (Beachtungswahn, Beziehungswahn). Въ противоположность страдающимъ бредомъ преслѣдованія меланхоликамъ, больные, о которыхъ рѣчь, вовсе не думаютъ, что для преслѣдованія есть основательный поводъ въ ихъ образѣ жизни и поступкахъ, полагая, что преслѣдуются они въ интересахъ другихъ людей. При этомъ бредѣ преслѣдованія больной иногда смотритъ на себя какъ на центръ всѣхъ совершающихся событій, которыя какъ бы конвергируютъ къ нему (delirium convergens). Вначалѣ преслѣдователи обыкновенно неизвѣстныя

личности („меня преслѣдуютъ“, „одинъ господинъ разорилъ меня своими пристальными взглядами“, „меня сфотографировали во время купанья, и одинъ фотографъ распространилъ этотъ снимокъ среди людей“), но впослѣдствіи больной называетъ отдѣльныхъ лицъ, чаще же группы лицъ: „масонскую ложу“, „братьевъ черной руки“ и пр. Въ связи съ идеями преслѣдованія находятся метаболическія или палингностическія бредовыя представленія, при которыхъ больной преобразуетъ окружающихъ его людей въ духѣ своихъ бредовыхъ представленій. Такъ, больничная прислуга превращается имъ въ переодѣтыхъ агентовъ тайной полиціи или министровъ, сдѣлавшихся его слугами (см. стр. 29). Наблюдается также идентифицирующая форма обмановъ памяти (см. стр. 38).

Гдѣ бредовыя представленія относятся по преимуществу къ эротическимъ предметамъ, тамъ говорятъ о paranoia erotica, классическую картину которой являетъ намъ Донъ-Кихотъ. Такіе больные относятъ къ себѣ шифрованныя заявленія въ газетахъ и т. п. Въ другихъ случаяхъ параноя принимаетъ видъ бреда ревности (см. стр. 27).

При религіозной параноѣ больной находитъ въ Библіи и въ проповѣдяхъ указанія на истинное свое призваніе. Одержимые бредомъ преслѣдованія параноики убѣждаются, что въ нихъ вселился діаволъ, что они околдованы (демономанія).

Въ извѣстномъ числѣ случаевъ параноики, считающіе себя преслѣдуемыми и пострадавшими, въ свою очередь становятся преслѣдователями. Сюда относятся и нѣкоторые случаи сутяжнической паранои, paranoia querulans [1]) (см. стр. 28). Считая себя обиженными въ своихъ правахъ, они пишутъ жалобы на тѣхъ, которые, по ихъ мнѣнію, повредили имъ, преслѣдуетъ свои мнимые интересы до наивысшихъ юридическихъ инстанцій. Такъ какъ они въ своихъ жалобахъ нерѣдко переходятъ за дозволенныя границы, то они подвергаются судебному преслѣдованію за оскорбленія судей, за подозрѣнія свидѣтелей въ клятвопреступленіи, за оскорбленія величества и пр. Эта форма паранои возникаетъ обыкновенно поздно—въ сорокалѣтнемъ или пятидесятилѣтнемъ возрастѣ. Ближайшей причиной болѣзни по большей части служитъ потерянный судебный процессъ. Сохраненіе умственныхъ способностей, діалектическая ловкость, иногда превосходная память, держащая всегда наготовѣ статьи гражданскихъ законовъ и уложенія о наказаніяхъ со всѣми подробностями процедуръ, часто вводятъ въ заблужденіе судей, иногда также и врачей, относительно психическаго состоянія этого рода субъектовъ.

Ослабленіе умственныхъ способностей развивается тутъ обыкновенно очень поздно.

3. Рѣчь параноиковъ порой ничѣмъ особеннымъ не отличается. Иногда же больные эти въ понятную во всѣхъ другихъ отношеніяхъ

---

[1]) *Hitzig*, Ueber den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

рѣчь вплетаютъ своеобразныя, безсмысленныя слова, относящіяся по большей части къ галлюцинаціямъ: „меня преслѣдуютъ шаллатизмомъ изъ аптеки“, „мозговая рѣчь“ и пр. Иногда параноики совсѣмъ не говорятъ, что обусловливается галлюцинаціями, ступоромъ или же опасеніемъ обнаружить свое присутствіе.

Въ письменныхъ произведеніяхъ ихъ оказываются порой кабалистическіе знаки, подчеркиванія отдѣльныхъ словъ, относящихся къ бредовымъ представленіямъ.

4. Поступки параноиковъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ не представляютъ ничего необычнаго, такъ что эти больные могутъ заниматься своими дѣлами, выдавая свое психическое разстройство только когда рѣчь заходитъ о бредовыхъ представленіяхъ, которыми они заняты.

Отказъ отъ пищи у параноиковъ встрѣчается часто вслѣдствіе боязни отравленія; его наблюдаютъ и въ вышеупомянутомъ ступорозномъ состояніи. Самоубійство у параноиковъ рѣдко въ сравненіи съ самоубійствомъ у меланхоликовъ.

Въ остальномъ параноики принадлежатъ къ наиопаснѣйшимъ душевнобольнымъ. Дѣло въ томъ, что бредовыя представленія связаны у нихъ со значительной степенью интеллигентности, помогающей имъ при выборѣ средствъ для отмщенія преслѣдователямъ, такъ что они нерѣдко достигаютъ цѣли. Въ исторіи параноики играютъ значительную роль, особенно въ покушеніяхъ на высокопоставленныхъ лицъ.

5. Помимо обычныхъ при душевныхъ болѣзняхъ соматическихъ признаковъ, другихъ не бываетъ при параноѣ. При ипохондрической параноѣ необходимо особенно тщательное изслѣдованіе внутренностныхъ органовъ, такъ какъ ипохондрическія бредовыя представленія нерѣдко сопровождаются соматическими измѣненіями.

Этіологія. Среди функціональныхъ психозовъ параноя занимаетъ, послѣ галлюцинаторнаго бреда и меланхоліи, третье мѣсто по частотѣ появленія. Всего чаще встрѣчается простая хроническая параноя, всего рѣже —простая острая параноя. Вообще же параноя не отличается отъ другихъ душевныхъ болѣзней въ этіологическомъ отношеніи.

Развивается параноя по большей части постепенно. Дальнѣйшее же ея теченіе можетъ быть 1) острое или подострое, 2) прогрессивное, о чемъ было сказано выше, и 3) ремиттирующее, при которомъ поврем енамъ наблюдается ослабленіе бредовыхъ представленій и значительное успокоеніе больного. Острая форма продолжается отъ немногихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ; хроническая форма длится всю жизнь.

Распознаваніе. Устанавливается существованіе въ данномъ случаѣ паранои не по одной наличности параноическихъ бредовыхъ представленій: необходимо еще убѣдиться въ томъ, что эти бредовыя представленія составляютъ первоначальное и существенное проявленіе болѣзни. Параною можно смѣшать:

1. Съ меланхоліей — вслѣдствіе наличности бреда преслѣдованія.

Выше было уже сказано о различномъ отношеніи параноика и меланхолика къ мнимымъ преслѣдованіямъ.

2. Съ ипохондрической меланхоліей — вслѣдствіе имѣющихся ипохондрическихъ бредовыхъ представленій. Хотя проявленія ипохондрическихъ бредовыхъ представленій могутъ быть одинаковаго содержанія при обѣихъ этихъ болѣзняхъ, но въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи важно то, что меланхоликъ усматриваетъ въ болѣзненныхъ измѣненіяхъ своего тѣла наказаніе за дурную жизнь, тогда какъ параноикъ считаетъ ихъ послѣдствіемъ злодѣяній своихъ преслѣдователей.

3. О различительномъ распознаваніи отъ галлюцинаторнаго бреда было уже упомянуто. Оно особенно важно по отношенію къ острой галлюцинаторной параноѣ и къ преходящимъ состояніямъ умственной запутанности при хронической галлюцинаторной параноѣ.

4. Отъ параноическихъ бредовыхъ представленій при органическихъ болѣзняхъ мозга параноя различествуетъ отсутствіемъ всякихъ признаковъ органическаго мозгового пораженія; отъ психозовъ, вызванныхъ интоксикаціями, она отличается отсутствіемъ признаковъ отравленія, а также и по анамнезу.

5. Наконецъ, при распознаваніи паранои особенное вниманіе надобно обращать на утаиваніе, диссимуляцію. Требуется иногда большая психіатрическая опытность и долгое наблюденіе за больнымъ въ моменты, когда онъ думаетъ, что за нимъ не слѣдятъ, чтобы распознать параною.

Леченіе. Для острыхъ формъ паранои помѣщеніе въ заведеніе необходимо въ видахъ скорѣйшаго излеченія. Что же касается хроническихъ формъ, то по причинѣ опасности, представляемой для окружающихъ людей больными галлюцинаторной параноей,—пока не наступило у нихъ ослабленіе умственныхъ способностей или энергіи,—помѣщеніе въ домъ для умалишенныхъ составляетъ прямую необходимость. То же относится и къ простой хронической параноѣ, разъ поведеніе больного указываетъ на то, что изъ преслѣдуемаго онъ можетъ превратиться или уже превратился въ преслѣдователя, или когда его идеи величія могутъ повлечь за собой поступки, опасные для общества. Вообще же леченіе паранои главнымъ образомъ симптоматическое.

5. *Острое слабоуміе, dementia acuta* [1]).

Dementia acuta—функціональный психозъ, характеризующійся первичнымъ появленіемъ болѣе или менѣе полнаго паралича умственныхъ способностей.

Послѣ кратковременнаго стадія предвѣстниковъ больной теряетъ всякую способность оріентироваться. Онъ не помнитъ своего возраста и мѣстожительства, едва помнитъ свое имя. Иногда онъ не даетъ вообще никакихъ отвѣтовъ и не проявляетъ слѣдовъ умственной дѣятельности.

---

[1]) *Biswanger*, Charité-Annalen Bd. VI. *Schüle*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 38.

Взоръ его устремленъ вдаль, зрачки расширены, ротъ полуоткрытъ и изъ него вытекаетъ слюна; лицо обвислое, безъ выраженія (гипотоническій ступоръ). Въ дальнѣйшемъ приходится прибѣгать къ насильственному кормленію. Больной пускаетъ подъ себя мочу и калъ; повременамъ у него возникаетъ преходящее, но всегда болѣе или менѣе сильное безпокойство. Пульсъ по большей части замедленъ, температура субнормальна. Выздоровленіе наступаетъ постепенно. Мало-по-малу умственныя способности возстановляются. Воспоминаніе о болѣзненномъ періодѣ, а иногда и о нѣсколькихъ дняхъ, предшествовавшихъ ему, или совершенно утрачивается, или же сохраняется лишь суммарное.

Этіологія. Острое слабоуміе наиболѣе рѣдкій изъ всѣхъ функціональныхъ психозовъ. Имъ поражаются по преимуществу субъекты 20 — 30 лѣтъ, мужчины чаще женщинъ. Ближайшимъ поводомъ для возникновенія болѣзни служатъ иногда психическіе трауматизмы, страхъ, испугъ (railway brain). Острое слабоуміе можетъ также появиться послѣ чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ и умственныхъ напряженій или неудавшихся попытокъ къ самоубійству, рѣдко послѣ острыхъ заболѣваній. Продолжительность болѣзни колеблется отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Исходы: 1) въ выздоровленіе 80 % случаевъ, приблизительно; 2) во вторичное слабоуміе и 3) въ смерть отъ интеркуррирующихъ заболѣваній.

Предсказаніе такимъ образомъ должно считаться благопріятнымъ.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ принимать во вниманіе:

1. Галлюцинаторный бредъ (см. описаніе его).

2. Боязливый ступоръ (delusional stupor—*Newington*'а). Тутъ рѣшающее значеніе имѣетъ анамнезъ, изъ котораго оказывается, что ступору задолго предшествовала меланхолія. Важно также выраженіе лица: оно рѣзко меланхолическое и пугливое при боязливомъ ступорѣ, пустое и слабоумное при dementia acuta. Мышцы находятся въ состояніи окоченѣнія при боязливомъ ступорѣ; онѣ дряблы при остромъ слабоуміи. При первомъ больного можно заставить принимать пищу лишь насильно; при второмъ принудительное питаніе не наталкивается на сопротивленіе.

3. Отъ сумеречныхъ предъ-эпилептическихъ и послѣ-эпилептическихъ состояній сознанія острое слабоуміе отличается по анамнезу и по теченію.

4. Что касается апатическихъ состояній, то при нихъ можетъ также наблюдаться выраженіе лица, свойственное острому слабоумію. Если же имѣются афазія и апраксія, то клиническая картина пріобрѣтетъ еще большее сходство съ симптомокоплексомъ остраго слабоумія. Однако апоплектическія явленія въ началѣ болѣзни и наличность правосторонняго гемипареза, а также афазіи, помогутъ выясненію діагностики.

Леченіе остраго слабоумія должно быть укрѣпляющее, возбуждающее. Оно предполагаетъ обильную бѣлками пищу, употребленіе вина и пива. Изъ лекарствъ полезны препараты хины, также желѣзо.

Если домашнія условія позволяютъ продолжительное наблюденіе за

больнымъ, то леченіе можетъ вестись на дому. Но для большинства паціентовъ изъ бѣдныхъ или среднихъ классовъ населенія становится необходимымъ пользованіе въ психіатрическомъ заведеніи. Постельное содержаніе показано въ каждомъ случаѣ.

Патологическая анатомія функціональныхъ психозовъ.

До сихъ поръ еще не имѣется патологической анатоміи функціональныхъ психозовъ. Хотя не подлежитъ сомнѣнію, что при нихъ должны быть анатомическія измѣненія въ мозгу, но пока еще не удалось открыть сколько-нибудь характерныхъ слѣдовъ ихъ. Находимыя иногда измѣненія составляютъ отчасти простую случайность, отчасти же ихъ патологическій характеръ не доказанъ. Въ особенности недостаетъ точнаго знанія тѣхъ измѣненій гангліонарныхъ клѣтокъ мозга, которыя должны считаться лежащими еще въ физіологическихъ предѣлахъ. По части вторичнаго слабоумія послѣ функціональныхъ психозовъ см. выше.

III. Психозы, обусловленные центральными нейрозами.

1. Эпилептическіе психозы [1]).

У эпилептиковъ душевныя разстройства могутъ возникать:

a) въ непосредственной, по времени, связи съ классическимъ припадкомъ эпилепсіи и притомъ передъ припадкомъ (предъ-эпилептическіе психозы), или

b) послѣ припадка (послѣ-эпилептическіе психозы), далѣе

c) какъ эквивалентъ эпилептическаго припадка—въ видѣ психической эпилепсіи, эпилептоидныхъ приступовъ, сумеречныхъ состояній сознанія [2]) (epilepsia larvata).

Три поименованныя формы имѣютъ острое или подострое теченіе, но можетъ также

d) развиться хроническое душевное заболѣваніе на почвѣ эпилепсіи.

a) *Предъ-эпилептическое помѣшательство.*

За нѣсколько часовъ и даже дней до эпилептическаго припадка можетъ появиться сумеречное состояніе съ сохраненіемъ способности къ сложнымъ дѣйствіямъ, но при затемнѣніи сознанія и устраненіи самосознанія. Дѣйствія эти имѣютъ характеръ аутоматическій. Когда же затемнѣніе сознанія сопровождается галлюцинаціями, то получается состояніе сновидѣнія (Traumzustände).

---

[1]) *Pick*, Zeitschr. f. Heilkunde Bd. 10. *Wildermuth*, Würtemberg. Correspondenzbl. 1890. *Sommer*, Arch. f. Psych. Bd. 11.

[2]) Выраженія эти часто употребляются promiscue, безъ различенія ихъ другъ отъ друга. Эпилептоидными слѣдуетъ называть кратковременные приступы, протекающіе подобно непродолжительному эпилептическому припадку, сохраняя наименованіе сумеречныхъ состояній за болѣе длительными приступами.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ предъ-эпилептическое помѣшательство принимаетъ форму глубокаго угнетенія съ меланхолическими или ипохондрическими бредовыми представленіями, которыя, подъ вліяніемъ массовыхъ галлюцинацій, могутъ усилиться до неистовства. Душевное разстройство это заканчивается обыкновенно эпилептическимъ припадкомъ, но оно можетъ продолжаться и послѣ него, въ видѣ послѣ-эпилептическаго психоза.

b) *Послѣ-эпилептическое помѣшательство*,

встрѣчающееся значительно чаще предъ-эпилептическаго, можетъ принимать форму сумеречнаго состоянія сознанія или состоянія сновидѣнія. При этомъ возникаютъ галлюцинаціи зрѣнія (часто въ соединеніи съ видѣніемъ краснаго цвѣта—*Siemerling*), также галлюцинаціи обонянія (сѣрный запахъ), рѣже галлюцинаціи слуха.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ послѣ-эпилептическое помѣшательство проявляется маніакальнымъ возбужденіемъ, усиливающимся до неистовства, или меланхолическимъ угнетеніемъ, сопровождающимся идеями религіознаго характера (бредъ прегрѣшенія).

Иногда послѣ-эпилептическое помѣшательство принимаетъ форму параноическаго симптомокомплекса, выражающагося преимущественно идеями преслѣдованія, нерѣдко также въ соединеніи съ идеями величія. Возникаютъ также сильныя галлюцинаціи въ сферѣ общей чувствительности и внутренностныхъ ощущеній, а иногда и ступорозное состояніе съ кататонической окоченѣлостью. Рѣдко послѣ-эпилептическое помѣшательство являетъ симптомы остраго слабоумія.

Продолжительность послѣ-эпилептическаго помѣшательства варіируетъ отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Рецидивы представляютъ очень поразительное сходство съ предшествовавшимъ припадкомъ по внѣшнему выраженію галлюцинацій и бредовыхъ представленій.

О болѣзни паціентъ ничего не помнитъ или же сохраняетъ лишь суммарное воспоминаніе.

c) *Эпилептическіе эквиваленты.*

Эпилептическій эквивалентъ можетъ быть весьма различной продолжительности: онъ то сводится къ потерѣ сознанія на нѣсколько только секундъ или минутъ, то проявляется быстро преходящимъ навязчивымъ представленіемъ, то, наконецъ, развивается въ настоящій психозъ, держащійся недѣлями и мѣсяцами (острый эпилептическій эквивалентъ или же хронически протекающій, затяжной эпилептическій эквивалентъ). Въ послѣднемъ случаѣ клиническая картина можетъ походить вполнѣ на вышеупомянутый симптомокомплексъ послѣ-эпилептическаго психоза. Иногда эквивалентами являются также періодическіе припадки сонливости (narcolepsia epileptica).

Частная симптоматологія острыхъ и подострыхъ эпилептическихъ психозовъ.

1. Галлюцинаціи имѣются по преимуществу слуховыя. Онѣ появляются въ изолированномъ видѣ въ двухъ третяхъ всѣхъ случаевъ. У половины, приблизительно, больныхъ возникаютъ галлюцинаціи зрѣнія, а въ 40% случаевъ бываютъ одновременно какъ зрительныя, такъ и слуховыя галлюцинаціи. Часты также галлюцинаціи въ сферѣ внутренностныхъ ощущеній.

Галлюцинаціи по большей части устрашающаго или даже прямо ужасающаго характера, но встрѣчаются и восхищающія больныхъ видѣнія Бога, ангеловъ, неба.

2. Содержаніе бредовыхъ представленій самое разнообразное. Часты бредовыя представленія религіознаго, эротическаго и полового содержанія.

3. При всѣхъ эпилептическихъ психозахъ самосознаніе въ значительной степени поражено, иногда даже уничтожено на болѣе или менѣе долгое время.

4. Поступки при эпилептическихъ психозахъ обыкновенно отличаются внезапностью и насильственностью, почему больные этого рода особенно опасны.

5. Амнезія, считавшаяся прежде характернымъ признакомъ какъ эпилептическаго припадка, такъ и остраго эпилептическаго психоза, во многихъ случаяхъ неполная: нѣкоторыя событія запоминаются, другія нѣтъ (островное припоминаніе, inselförmige Erinnerung—*Moeli*).

6. По отношенію къ тѣлесному состоянію слѣдуетъ упомянуть о широтѣ зрачковъ, лѣниво реагирующихъ или совсѣмъ не реагирующихъ на свѣтъ, о пониженіи чувствительности и усиленіи сухожильныхъ рефлексовъ. Дыханіе учащено, пульсъ ускоренъ, температура по большей части субнормальна.

Этіологія. Почему эпилептическіе психозы появляются у однихъ эпилептиковъ чаще, чѣмъ у другихъ, этого мы не знаемъ. Злоупотребленіе алкоголемъ, психическіе и соматическіе трауматизмы могутъ содѣйствовать возникновенію эпилептическихъ психозовъ, равно и періодъ полового созрѣванія. Беременность и послѣродовое состояніе зачастую вызываютъ у эпилептическихъ женщинъ появленіе эпилептическихъ психозовъ. Я наблюдалъ неоднократно возникновеніе эпилептическихъ психозовъ вслѣдъ за длительнымъ подавленіемъ эпилептическихъ припадковъ большими пріемами брома или послѣ внезапнаго прекращенія употребленія бромистыхъ препаратовъ. Иногда эпилептическимъ психозомъ заканчивается серія эпилептическихъ припадковъ или status epilepticus.

Распознаваніе эпилептическихъ психозовъ обосновывается на анамнезѣ и на констатированіи эпилептическаго припадка или предшествовавшихъ эпилептоидныхъ состояній. При этомъ надобно обращать вниманіе на существованіе рубцовъ на языкѣ, лицѣ, особенно на лбу и на носу, этихъ знаковъ прежде бывшихъ припадковъ. Когда же для обезпеченія діагностики недостаетъ анамнеза, то эпилептическая природа болѣзни становится весьма вѣроятной при наличности слѣдующихъ явленій:

1) внезапнаго и неожиданнаго появленія душевнаго разстройства,

2) необыкновенно сильнаго затемнѣнія сознанія (затуманеніе, Umwölkung—*Moeli*),

3) подергиваній въ отдѣльныхъ членахъ и

4) быстраго прекращенія разстройствъ съ послѣдующей полной или неполной амнезіей.

При различительномъ распознаваніи надобно имѣть въ виду:

1. Острые алкогольные психозы. Часто приходится имѣть дѣло съ сочетаніемъ эпилепсіи съ алкоголизмомъ. Для распознаванія послѣдняго служитъ анамнезъ, а также наличность вызванныхъ злоупотребленіемъ алкоголя тѣлесныхъ измѣненій.

2. Психозы, вызываемые органическими заболѣваніями мозга (гнѣздныя мозговыя пораженія, прогрессивный параличъ и пр.), однимъ изъ симптомовъ которыхъ являются эпилептическіе припадки. Тутъ необходимыя для діагностики данныя доставляетъ изслѣдованіе периферической нервной системы.

Леченіе. Эпилептическіе психозы требуютъ, какъ уже было сказано, самаго тщательнаго надзора за больнымъ. Если душевное разстройство не исчезнетъ по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, какъ это часто случается, —то необходимо помѣщеніе паціента въ психіатрическое заведеніе. Самую эпилепсію слѣдуетъ пользовать большими пріемами препаратовъ брома, наперстянкой, атропиномъ. При состояніяхъ неистовства въ качествѣ успокаивающаго слѣдуетъ прибѣгать къ хлоралъ-гидрату, назначаемому лучше всего въ клизмѣ по 2,0—3,0 на пріемъ.

d) *Хроническіе эпилептическіе психозы.*

Когда эпилептическіе припадки повторяются часто, еженедѣльно или нѣсколько разъ въ день, или когда, при менѣе частыхъ припадкахъ, имѣется дѣло съ эпилепсіей, длящейся уже многіе годы, то развивается по большей части особое болѣзненное душевное состояніе, существенныя черты котораго нижеслѣдующія:

1. Замедленіе ассоціацій представленій и—какъ послѣдствіе этого—отсутствіе критики, неусидчивость въ занятіяхъ, лѣность въ школѣ, неспособность къ рѣшенію житейскихъ задачъ, исчезновеніе или ослабленіе бывшихъ прежде на-лицо нравственныхъ понятій (нравственные изъяны этическіе дефекты).

2. Ослабленіе памяти, особенно по части событій недавняго прошлаго и только что случившагося.

3. Повышенная раздражительность въ соединеніи съ недостаточной сопротивляемостью, вспыльчивость, наклонность къ насильственнымъ поступкамъ. Постоянное безпокойство и неуравновѣшенность вызываютъ иногда непреодолимое стремленіе къ странствованіямъ (Wandertrieb, poriomania—*Schultze*).

4. Легкая и безпричинная смѣна душевныхъ настроеній.

5. Ипохондрическія настроенія, выставленіе на первый планъ личныхъ

своихъ интересовъ, постоянныя мысли о недостаточномъ уваженіи со стороны другихъ людей или о томъ, что больному причиняется вредъ. Такой эгоизмъ дѣлаетъ зачастую эпилептиковъ „семейными хвалителями“.

Нормальными въ душевномъ отношеніи оказываются не болѣе 25 % всѣхъ эпилептиковъ.

Психическія разстройства, возникающія на почвѣ эпилепсіи, даютъ по преимуществу слѣдующія клиническія картины:

1. Умственная слабость до наивысшей степени слабоумія включительно. Эпилептическое слабоуміе сочетается во многихъ случаяхъ съ наклонностью къ безнравственнымъ поступкамъ („эпилептическое нравственное помѣшательство“, epileptischer moralischer Wahnsinn, см. стр. 46).

Наивысшія степени эпилептическаго слабоумія весьма часто сопровождаются паралитическими состояніями, контрактурами, иногда форменнымъ оскотинѣніемъ. Повременамъ въ этомъ хроническомъ состояніи, вслѣдъ за эпилептическими припадками, или въ видѣ эквивалентовъ ихъ, возникаютъ самые разнообразные виды эпилептическихъ психозовъ, усиливающихся иногда до неистовства.

2. Параноическія состоянія. При дальнѣйшемъ развитіи вышеупомянутыхъ представленій о наносимомъ больному вредѣ, представленій, связанныхъ нерѣдко съ идеями величія, могла бы получиться картина функціональной паранои, не будь интеркуррирующихъ эпилептическихъ припадковъ и рѣзкаго выступленія на первый планъ умственной слабости.

3. Симптомы циркулярнаго помѣшательства, при которыхъ угнетеніе смѣняется возбужденіемъ. Подобно только что упомянутымъ параноическимъ состояніямъ, характеръ ихъ измѣняется сопутствующими эпилептическими припадками и умственной слабостью, чѣмъ они и отличаются отъ функціональнаго помѣшательства.

Теченіе затяжныхъ эпилептическихъ психозовъ весьма медленное, обнимающее часто всю жизнь. Исходомъ ихъ бываетъ смерть, наступающая во время эпилептическаго припадка приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ.

Патологическая анатомія эпилептическихъ психозовъ. Въ застарѣлыхъ формахъ черепъ оказывается утолщеннымъ и тяжелымъ; въ половинѣ случаевъ имѣются сращенія твердой мозговой оболочки съ черепными костями; паутинная оболочка утолщена, молочно-помутнѣлая; замѣчаются также значительная пролиферація нейроглія (по *Bleurer'у*, это разращеніе нейроглійныхъ волоконъ, лежащихъ между мягкой мозговой оболочкой и наружными касательными нервными волокнами—subpiagliosis diffusa), атрофія лобныхъ и теменныхъ извилинъ. Представляютъ-ли измѣненія Аммонова рога нѣчто характерное для эпилепсіи (*Meynert, Bratz*)? Это покажутъ дальнѣйшія изслѣдованія.

Леченіе должно быть направлено противъ основной болѣзни. Изъ медикаментовъ вниманія заслуживаютъ только препараты брома и атропинъ.

Первые надобно назначать въ разовыхъ пріемахъ (лучше всего вечеромъ) по 4,0—5,0—6,0, въ большомъ количествѣ жидкости. Ихъ можно соединять съ малыми дозами наперстянки, напримѣръ 0,01. Атропинъ слѣдуетъ употреблять въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ, въ количествѣ 0,0003—0,0006, повторяя эту дозу одинъ или два раза въ сутки. При status epilepticus полезны клизмы изъ хлорала (2,0—3,0).

Въ симптоматическомъ отношеніи требуется вообще непрестанный надзоръ за паціентомъ. Неистовствующіе эпилептики принадлежатъ къ самымъ опаснымъ душевно-больнымъ. Надзирать за ними необходимо и въ виду поврежденій, которыя они могутъ причинять себѣ во время припадка.

2. Истерическіе психозы [1]).

Существенными симптомами истеріи являются двѣ психическія особенности: во-первыхъ — усиленная аффективность, во-вторыхъ — усиленная внушаемость (*Jolly*).

На почвѣ истеріи могутъ возникать:

a) остро-протекающіе психозы въ видѣ предъ-истерическихъ или послѣ-истерическихъ душевныхъ разстройствъ или же эквивалентовъ истерическаго припадка;

b) подострыя и хроническія душевныя болѣзни, истерическіе психозы и, наконецъ,

c) истерическіе симптомы въ видѣ случайныхъ, побочныхъ осложненій другихъ психозовъ.

ad a) Иногда истерическому припадку—какъ это случается и передъ эпилептическимъ припадкомъ—предшествуютъ болѣе или менѣе продолжительныя сумеречныя состоянія сознанія. Нѣчто подобное можетъ появиться и послѣ истерическаго припадка. Но чаще всего наблюдается слѣдующая клиническая картина: послѣ судорожнаго смѣха и плача, значительнаго двигательнаго возбужденія (круговыя движенія) больная или больной начинаютъ вертѣться, кувыркаться, выдѣлывать разныя необычныя движенія (клоунизмъ) или же выгибаются дугой (arc de cercle); потомъ появляются симптомы возбужденной формы галлюцинаторнаго бреда съ неистовствомъ, каталептическое или кататоническое состояніе, причемъ тѣло остается неподвижнымъ, больной принимаетъ видъ статуи, но съ открытымъ ртомъ. Въ другихъ случаяхъ, особенно у дѣтей, появляется дѣтски-веселое настроеніе съ непрестанной, вычурной болтливостью, двигательнымъ возбужденіемъ, наклонностью къ порчѣ и къ разрушенію предметовъ. Состояніе это возникаетъ вслѣдъ за истерическимъ припадкомъ (*Fürstner*).

Эквиваленты истерическаго припадка принимаютъ форму или галлюцинаторнаго бреда со всеобщимъ безпокойствомъ, клоунизмомъ и пр., или же форму тѣхъ затемнѣній сознанія, которыя были описаны подъ именемъ сумеречныхъ состояній, ступора и неистовства.

---

[1]) *Moravsik*, Das hysterische Irresein. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50. *Fürstner*, Arch. f. Psych. Bd. 31. *Ganser*, Arch. f. Psych. Bd. 30.

Галлюцинаціи зрѣнія по большей части заключаются въ видѣніи діавола или звѣрей, двигающихся иногда отъ пораженной анэстезіей или гиперэстезіей стороны къ здоровой половинѣ тѣла. Помощью такъ называемаго переноса (transfert) удается иногда придать этимъ движеніямъ обратное направленіе (*Charcot*). Возникаютъ также состоянія восхищенности, экстаза (см. стр. 57), порой съ попытками къ самоубійству.

У истеричныхъ наблюдаются, далѣе, своеобразныя сумеречныя состоянія сознанія съ галлюцинаціями зрѣнія и слуха и съ анальгезіей. При нихъ больной даетъ безсмысленные отвѣты на самые простые вопросы, и все его поведеніе отличается дѣтской наивностью. Больной производитъ тогда впечатлѣніе притворяющагося, симулянта (*Ganser*). Такой припадокъ можетъ продолжаться иногда нѣсколько мѣсяцевъ (*Jolly*). Эквивалентами истерическаго припадка бываютъ, далѣе, состоянія сонливости или нарколепсіи и сомнамбулизмъ, при которомъ происходитъ удвоеніе личности (см. стр. 56).

ad b) Подострая или хроническая истерія можетъ проявляться:

1. Наклонностью къ безнравственнымъ поступкамъ (истерическое нравственное помѣшательство). Тутъ можетъ не быть существенныхъ умственныхъ разстройствъ, и память можетъ сохраняться. Рядомъ съ соматическими истерическими симптомами наблюдаются постоянное стремленіе къ домашнимъ раздорамъ (у женщинъ—къ плохому обращенію съ прислугой и даже къ побоямъ), утрата чувства стыдливости, наклонность къ ложнымъ доносамъ и обвиненіямъ, воровство, поджигательство и, наконецъ, непреодолимая потребность лгать, эта выдающаяся черта всего симптомокомплекса.

2. Симптомами галлюцинаторнаго бреда, по большей части возбужденной формы его.

3. Въ видѣ маніакальнаго состоянія, усиливающагося до неистовства, съ эротическими, иногда религіозными бредовыми представленіями. Сопутствующія истерическія явленія, въ особенности чувствительность ко внѣшнимъ вліяніямъ, послужатъ здѣсь отличительными признаками отъ типической маніи.

4. Въ видѣ меланхолическаго угнетенія. Оно нерѣдко развивается у истеричныхъ и отличается отъ типической меланхоліи тѣмъ, что легко поддается вліяніямъ: печаль и грусть тутъ не глубокія; онѣ производятъ иногда впечатлѣніе искусственности, точно больной или больная не такъ ужъ принимаютъ ихъ къ сердцу, какъ они это утверждаютъ.

5. Въ видѣ параноическаго симптомокомплекса. У истеричныхъ бредовыя представленія развиваются по преимуществу въ религіозномъ или эротическомъ направленіяхъ. Сюда относятся религіозныя эпидеміи, возникающія по поводу разныхъ чудесъ, сектантскія броженія, эпидемическое хожденіе на богомолье и пр. Въ ряду бредовыхъ представленій значительную роль играетъ бредъ ревности (см. стр. 27).

ad c) Истерическіе симптомы иногда возникаютъ у слабоумныхъ отъ рожденія, далѣе при острыхъ психозахъ (манія, меланхолія, циркулярное помѣшательство, также параноя), особенно въ періодѣ полового созрѣва-

нія или въ климактерическомъ возрастѣ. Они сопровождаютъ, далѣе, нѣкоторые интоксикаціонные психозы (морфиноманія, алкоголизмъ), возникающіе по преимуществу на почвѣ истеріи.

Въ нѣкоторыхъ такъ называемыхъ истеро-эпилептическихъ психозахъ основной болѣзнью служитъ эпилепсія, къ которой присоединяются истерическія разстройства. Въ другихъ имѣется дѣло съ одной истеріей. Въ послѣднемъ случаѣ тяжелые припадки, сопровождающіеся потерей сознанія и производящіе впечатлѣніе эпилептическихъ, должны считаться просто истерическими.

Частная симптоматологія.

Галлюцинаціи. Галлюцинаціи зрѣнія часты при истерическихъ психозахъ; слуховыя галлюцинаціи встрѣчаются рѣже. Галлюцинаціи вкуса и обонянія отличаются иногда пріятнымъ для больныхъ, а не противнымъ характеромъ. Объ особомъ направленіи бредовыхъ представленій упоминалось уже выше. Вообще же нѣтъ характерныхъ для истерическихъ психозовъ бредовыхъ представленій. Память при истерическихъ психозахъ обыкновенно не нарушается. Однако, по отношенію къ нѣкоторымъ душевнымъ разстройствамъ, особенно по части сумеречныхъ состояній сознанія и галлюцинаторнаго бреда, воспоминаніе болѣе или менѣе нарушается. Порой память ослабляется и при другихъ формахъ истерическихъ психозовъ, причемъ разсказы о прошломъ зачастую извращаютъ истину фантастическими прикрасами.

Половыя ощущенія, болѣзненное усиленіе которыхъ часто считается признакомъ истеріи, въ большомъ числѣ случаевъ не претерпѣваютъ ни качественныхъ, ни количественныхъ измѣненій; нерѣдко половая возбудимость даже понижена (*Fürstner*). Любовныя отношенія, завязываемыя истеричными, вызываются по большей части не половымъ возбужденіемъ, но желаніемъ причинить вредъ или огорченіе супругу или родителямъ и пр.

Нервы органовъ чувствъ. Болѣзненное ослабленіе или даже утрата ощущеній отдѣльныхъ органовъ чувствъ встрѣчаются нерѣдко при истеріи (амаурозъ, глухота, ageusia, anosmia), но въ большинствѣ случаевъ все же существуетъ перевозбудимость органовъ чувствъ. Эта перевозбудимость, могущая распространяться на всю совокупность чувствительной нервной системы, нерѣдко становится причиной ипохондрическихъ жалобъ.

Разстройства чувствительности сопровождаются судорогами и параличами въ разнообразнѣйшихъ формахъ, описываемыхъ въ спеціальныхъ трактатахъ объ истеріи. Особенно часты при истерическихъ психозахъ ритмическія судороги дыхательныхъ мышцъ. Извѣстно изъ неврологіи, что проявленія истеріи отличаются легкой податливостью постороннимъ вліяніямъ и перемѣнѣ среды (внушаемость, suggestibilitas). Это относится также и ко всѣмъ психическимъ разстройствамъ истеричныхъ, составляя нерѣдко цѣнный діагностическій признакъ.

Такою внушаемостью обусловливается необыкновенная неустойчивость

настроенія истеричныхъ, которое постоянно измѣняется подъ вліяніемъ внѣшнихъ или внутреннихъ условій.

Этіологія. У мужчинъ истерія встрѣчается нерѣдко, но истерическіе психозы возникаютъ у нихъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Наоборотъ, у мальчиковъ, въ особенности въ періодъ полового созрѣванія, зачастую появляется картина истерическаго психоза. Но истерическіе психозы особенно свойственны женскому полу. Здѣсь они могутъ появляться во всякомъ возрастѣ, чаще же всего при наступленіи половой зрѣлости и въ климактерическомъ періодѣ. Ближайшимъ поводомъ къ нимъ служитъ во многихъ случаяхъ психическій травматизъ: гнѣвъ, горе, заботы, оскорбленная любовь, испугъ, желѣзнодорожныя несчастія и вообще всякаго рода катастрофы.

Продолжительность. Истерическіе психозы имѣютъ по большей части подострое теченіе, что, впрочемъ, не относится къ предъ-истерическимъ и послѣ-истерическимъ припадкамъ, а также къ эквивалентамъ. Въ большинствѣ случаевъ исходъ бываетъ въ выздоровленіе.

Распознаваніе истерическаго психоза обосновывается:

1. На анамнезѣ. Психозы, о которыхъ рѣчь, всегда развиваются или изъ истерическаго припадка, или послѣ предшествовавшихъ имъ явственныхъ симптомовъ истеріи.

2. На всей картинѣ психическаго разстройства, которая, подобно самой истеріи, обнаруживаетъ постоянную смѣну явленій, въ особенности легкую податливость вліяніямъ. Къ этому надобно прибавить „необыкновенную легкость и быстроту, съ которою психическія разстройства отражаются разнообразными соматическими разстройствами—анэстезіями, парэстезіями, выразительными жестами и движеніями, параличами, судорогами или аномаліями отдѣленій“ (*Kraepelin*).

3. На сопутствующихъ, только что упомянутыхъ соматическихъ разстройствахъ (клоунизмѣ и пр). Рефлекторная окоченѣлость зрачковъ, считавшаяся прежде признакомъ, опровергающимъ истерическую природу заболѣванія, при которомъ она встрѣчается, можетъ возникать и при истерическихъ припадкахъ (*Westphal, Karplus*). Наконецъ, слѣдуетъ замѣтить, что истерическіе психозы обнаруживаютъ иногда въ широкихъ предѣлахъ обратный типъ (typus inversus) температуры тѣла, которая по большей части очень понижена: 36,6° утромъ и 36° вечеромъ, въ подкрыльцовой впадинѣ.

При истерическихъ психозахъ можно иногда вызвать истерическій припадокъ надавливаніемъ на опредѣленную точку (нѣсколько влѣво отъ верхнихъ шейныхъ позвонковъ или въ области яичника).

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи надобно принимать во вниманіе:

1. Эпилепсію съ развивающимися изъ нея душевными разстройствами. Тутъ отличительными признаками отъ эпилепсіи служатъ анамнезъ,

констатированіе истерическаго припадка съ присущими ему особенностями и, наконецъ, наличность внушаемости, которой нѣтъ при эпилепсіи.

2. Органическіе психозы отличаются отъ истерическихъ (могущихъ существовать одновременно съ первыми) характерными параличами, анэстезіями и пр., вызываемыми органическими пораженіями мозга.

По части распознаванія надобно еще замѣтить, что, какъ уже сказано выше, истерическія явленія сочетаются съ другими психическими разстройствами.

Предсказаніе истерическихъ психозовъ должно вообще считаться благопріятнымъ. Рецидивы наблюдаются, впрочемъ, часто. Нѣкоторые случаи переходятъ во вторичное слабоуміе.

Леченіе должно быть направлено противъ истеріи, основы психоза. Первымъ требованіемъ при всѣхъ истерическихъ психозахъ является изолированіе больного (почему его лучше всего помѣстить въ заведеніе) и постельное содержаніе. И въ самомъ психіатрическомъ заведеніи лучше всего изолировать истерическіе психозы. При весьма часто встрѣчающемся недостаточномъ питаніи полезно усиленное кормленіе. Въ остальномъ показуется симптоматическое леченіе душевнаго разстройства. Отъ часто рекомендуемыхъ и производимыхъ въ такихъ случаяхъ операцій въ области женскихъ половыхъ органовъ слѣдуетъ вообще воздерживаться. Онѣ показаны развѣ только при наличности заболѣваній, требующихъ оперативнаго вмѣшательства внѣ всякаго отношенія къ душевному разстройству. Но и въ такихъ случаяхъ лучше отложить операцію до излеченія психоза, если не имѣется настоятельной indicatio vitalis.

3. Душевныя разстройства, связанныя съ Виттовой пляской (хорейческіе психозы) [1]).

а) *Chorea Sydenhamii.*

Легкая раздражимость, измѣнчивость настроенія, ослабленіе памяти, наклонность къ неповиновенію, лѣность—таковы болѣзненные симптомы, сопровождающіе обыкновенно Виттову пляску.

Въ сравнительно незначительномъ процентѣ случаевъ Виттовой пляски развивается психическое разстройство, протекающее по большей части при явленіяхъ галлюцинаторнаго бреда въ сопровожденіи двигательнаго возбужденія и сильныхъ хорейческихъ движеній. Рѣдко дѣло доходитъ до маніакальнаго возбужденія, развивающагося непосредственно изъ хорейческаго двигательнаго безпокойства (*Jolly*).

Слѣдуетъ различать между chorea minor и chorea major: при послѣдней имѣется дѣло съ тяжелой истеріей въ сопровожденіи истерическихъ припадковъ.

Хорейческій психозъ переходитъ обыкновенно въ выздоровленіе. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ, особенно при хореѣ у беременныхъ, онъ

---

[1]) *Möbius*, Seelenstörungen bei Chorea. Neurol. Beiträge II. *Zinn*, Arch. f. Psych. Bd. 27.

можетъ вести къ смерти отъ истощенія или осложненій, напримѣръ при преждевременныхъ родахъ.

Леченіе сводится къ постельному содержанію, усиленному питанію; при очень сильномъ двигательномъ возбужденіи даютъ антипиринъ, три раза въ день по 0,50—1,0; въ тяжелыхъ случаяхъ назначаютъ хлоралъ-гидратъ въ клизмахъ.

b) *Chorea chronica progressiva* [1])

порождаетъ въ большинствѣ случаевъ раздражительность, связанную съ постепеннымъ ослабленіемъ умственныхъ способностей. Къ этому присоединяются иногда интеркуррирующимъ образомъ параноическія состоянія.

Въ исключительныхъ случаяхъ изъ хронической прогрессивной хореи развивается общій прогрессивный параличъ (*Mendel*, *Wollenberg*).

IV. Интоксикаціонные психозы.

Различаютъ:

1. Психозы отъ яда, вырабатываемаго въ собственномъ тѣлѣ: эндогенные или аутоинтоксикаціонные психозы, психозы отъ самоотравленія.

2. Такіе, которые вызываются ядомъ, введеннымъ въ тѣло извнѣ: экзогенные психозы. Эти послѣдніе распадаются еще на заразные или инфекціонные психозы, на психозы отъ отравленія органическими ядами и, наконецъ, на психозы отъ отравленія неорганическими, минеральными ядами.

1. Психозы отъ самоотравленія. Эндогенные психозы.

A. Психозы, вызываемые разстройствомъ или прекращеніемъ функціи щитовидной железы.

Опыты надъ животными и наблюденія надъ людьми, у которыхъ была удалена щитовидная железа (myxoedema operativum—*Reverdin*, *Kocher*), показали, что функція этого органа имѣетъ величайшее значеніе для общей экономіи организма. До сихъ поръ, однако, остается нерѣшеннымъ вопросъ о томъ, отъ чего зависятъ болѣзненныя явленія, возникающія послѣ уничтоженія или разстройства отправленій щитовидной железы: отъ прекращенія нейтрализаціи какого-то ядовитаго начала, постоянно вырабатываемаго организмомъ, отъ изъятія изъ процессовъ органическаго обмѣна особаго сока, вырабатываемаго щитовидной железой, или же отъ обоихъ этихъ моментовъ вмѣстѣ взятыхъ?

---

[1]) *Ladame*, Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative. Archives de neurologie 1900, février.

а) *Слизистый отекъ дѣтей, myxoedema infantile* [1]) (*idiotia myxoedematosa, спорадическій кретинизмъ*).

Пораженія щитовидной железы, вызывающія слизистый отекъ, могутъ возникнуть у ребенка до его рожденія на свѣтъ или же въ первые годы жизни. Явленія слизистаго отека заключаются главнымъ образомъ въ задержкѣ тѣлеснаго и умственнаго развитія. Больные поразительно малы ростомъ, какъ карлики. Извѣстный Pacha de Bicêtre въ возрастѣ 19 лѣтъ былъ ростомъ всего въ 90 сантиметровъ. Одинъ видѣнный мною ребенокъ 7½ лѣтъ отъ роду, страдавшій слизистымъ отекомъ, былъ не больше 49 сантиметровъ. Скелетъ недостаточно развитъ. Изслѣдованіе лучами *Рентгена* обнаруживаетъ запозданіе въ развитіи центровъ окостенѣнія въ эпифизахъ. Но при этомъ не бываетъ (въ отличіе отъ рахита) chondrodystrophiae hyperplasticae. Кожа утолщена, суха, желтоватаго цвѣта; отверстія вѣкъ щелевидны, губы утолщены на-подобіе валиковъ, носъ тоже утолщенъ, щеки отличаются восковою блѣдностью и усѣяны красными пятнами. На подбородкѣ, на темени и надъ ключицами, а также, въ особенности, на ладонной поверхности первой фаланги пальцевъ рукъ помѣщаются слизистыя припухлости. Волоса рѣдки или совсѣмъ отсутствуютъ; иногда нѣтъ даже такъ называемаго пушка (lanugo). Зубы каріозны; шея коротка и толста. Похотникъ обыкновенно утолщенъ. Щитовидную железу не удается прощупать. Пульсъ медленъ, температура по большей части субнормальна. Движенія больного отличаются неуклюжестью; ходитъ онъ часто въ перевалку.

Способности развиваются очень медленно. Дѣти 12—14 лѣтъ по части умственнаго развитія находятся на степени дѣтей 1 — 2-лѣтняго возраста. Но бываютъ и исключенія, когда умственныя способности нарушаются лишь немного. Рѣчь развивается также лишь въ весьма недостаточной степени; она зачастую похожа на вой. Субъекты этого рода отличаются по большей части веселымъ и довѣрчивымъ нравомъ; по-временамъ, въ первые годы жизни, появляются эпилептическіе или эпилептоидные припадки.

Подъ именемъ „слизисто-отечной ребячливости“ (infantilisme myxoedémateux) *Brissaud* описалъ особое состояніе, въ которомъ взрослые люди сохраняютъ тѣлесныя и душевныя свойства ребенка. Субъекты эти отличаются большой головой, удлиненнымъ туловищемъ, выпяченнымъ животомъ, недоразвитыми половыми органами при отсутствіи на нихъ волосъ, слабо развитыми грудными железами, недоразвившимися умственными способностями, необыкновенно легкимъ появленіемъ сильныхъ аффектовъ и столь же быстрымъ, безслѣднымъ ихъ исчезновеніемъ. Этіологическими моментами при этомъ служатъ алкоголизмъ родителей, наслѣдственный сифилисъ, бугорчатка, плохое питаніе. Между такимъ инфантилизмомъ и слизисто-отечнымъ идіотизмомъ существуетъ рядъ переходныхъ степеней.

[1]) *Buschau*, Ueber Myxödem und verwandte Zustände. 1896.

Распознаваніе. Миксэдематозный идіотизмъ отличается отъ обыкновеннаго идіотизма наличностью симптомовъ слизистаго отека; отъ зародышеваго рахита онъ отличается, во-первыхъ, отсутствіемъ разстройствъ умственныхъ способностей и, во-вторыхъ, вышеупомянутыми своеобразными костными измѣненіями.

Леченіе миксэдематознаго идіотизма заключается въ назначеніи вытяжки щитовидной железы, въ табличкахъ по 0,30 (препаратъ Borroughs, Wellcome & C°). Даютъ въ продолженіе мѣсяцевъ по 1—2—3 такихъ табличекъ въ сутки. Порою леченіе прерываютъ или временно уменьшаютъ дозу средства.

Надобно слѣдить за тѣмъ, чтобы вѣсъ тѣла не слишкомъ быстро и не слишкомъ сильно понижался, чтобы не возникало чрезмѣрнаго учащенія пульса или повышенія температуры, а также коллапса или стенокардіи. При первыхъ признакахъ этихъ разстройствъ слѣдуетъ прекратить употребленіе табличекъ или уменьшить ихъ дозу.

b) *Слизистый отекъ взрослыхъ* [1]) (*cachexia pachydermica*)

возникаетъ или вслѣдствіе заболѣванія щитовидной железы (напр. отъ чрезмѣрнаго употребленія іода), или отъ удаленія этого органа хирургическимъ путемъ (myxoedema operativum).

Соматическія разстройства тѣ же, какъ и при только что описанномъ слизистомъ отекѣ у дѣтей, въ особенности по части состоянія кожи и ея придатковъ, а также температуры и пульса. Психическія разстройства сводятся главнымъ образомъ къ медленности мышленія и дѣйствій и къ значительному ослабленію памяти. Наступаетъ весьма сильная апатія, такъ что больной ни къ чему не обнаруживаетъ интереса, не заботится больше о своихъ дѣлахъ и семействѣ. При наисильнѣйшихъ степеняхъ этого состоянія возникаетъ апатическое слабоуміе. Иногда наступаетъ летальный исходъ при судорожныхъ явленіяхъ и въ коматозномъ состояніи.

На почвѣ замедленія психическихъ отправленій развиваются порой и дальнѣйшія психическія разстройства, особенно меланхолическаго свойства въ сопровожденіи боязливыхъ состояній и галлюцинацій разныхъ органовъ чувствъ.

Въ взрослomъ возрастѣ слизистый отекъ наблюдается по преимуществу у женщинъ (отношеніе ихъ къ мужчинамъ около 4 : 1) между 30 и 50 годами.

Леченіе какъ и при слизистомъ отекѣ у дѣтей. Подъ его вліяніемъ, вмѣстѣ съ соматическими разстройствами, исчезаютъ и психическія ненормальности. Таблички изъ вытяжки щитовидной железы назначаютъ въ количествѣ 3—5 въ день.

---

[1]) *Pilcz*, Jahrb. f. Psych. 1901, S. 77.

c) *Кретинизмъ* [1]).

Кретинизмъ есть эндемическій идіотизмъ съ опредѣленными соматическими измѣненіями, заключающимися по преимуществу въ остановкѣ развитія костной системы, утолщеніи мягкихъ частей и пораженіи щитовидной железы.

Смотря по степени интенсивности болѣзни, различаютъ:

1. Типичныхъ кретиновъ, лишенныхъ умственныхъ способностей, способности къ членораздѣльной рѣчи и къ размноженію.

2. Полукретиновъ, обладающихъ лишь ограниченными индивидуальными способностями, направленными по преимуществу на удовлетвореніе тѣлесныхъ потребностей.

3. Кретиновъ, которые могутъ быть употребляемы для работъ, могутъ научиться легкому ручному ремеслу, но все же отличаются умственною слабостью и наклонностью къ безнравственнымъ поступкамъ.

Ослабленіе умственныхъ способностей у кретиновъ представляетъ всевозможныя степени—отъ самыхъ легкихъ до наивысшихъ проявленій идіотизма. Наивысшія степени принадлежатъ по большей части къ апатической формѣ идіотизма.

У кретиновъ эпилепсія или вообще судороги наблюдаются рѣдко; чаще случается періодическая пріостановка всякой умственной жизни на нѣсколько часовъ.

Способность рѣчи тамъ, гдѣ она существуетъ, обыкновенно слабо развита у кретиновъ.

По части особенностей черепа замѣчается чрезмѣрная ширина корня носа, поразительно малое развитіе основанія черепа и сильное выпяченіе затылка. Причина этихъ особенностей заключается въ преждевременномъ окостенѣніи synchondrosis sphenobasilaris (держащейся, при нормальныхъ условіяхъ, до пятнадцатилѣтняго возраста по *Virchow*'у).

Утолщеніе и разрощеніе мягкихъ частей замѣчается какъ на лицѣ, такъ на туловищѣ и на конечностяхъ, во многомъ напоминая миксэдематозныя опухлости.

Щитовидная железа въ большинствѣ случаевъ увеличена, чаще всего въ средней своей долѣ.

Половые органы кретина остаются обыкновенно на дѣтской степени развитія. Мѣсячныхъ вовсе не бываетъ или же они появляются неправильно.

Этіологія. Въ Германіи кретинизмъ встрѣчается еще въ Юрскихъ горахъ и въ Вогезахъ, но и тамъ онъ становится все рѣже, благодаря улучшенію гигіеническихъ условій. Его находятъ въ Австріи—въ Зальцбургскомъ округѣ, Штиріи, Тиролѣ; въ Швейцаріи—въ кантонахъ Валлисъ, Ури, Вадтъ; въ Италіи—въ Піемонтѣ, Ломбардіи, Венеціи; во Франціи—въ Савойѣ и Пиренеяхъ. Въ 1893 г. въ Австріи насчитывалось 17.293 кретина, т. е. по 74 кретина на каждыя 100.000 жителей.

---

[1]) *Allara*, Der Cretinismus. Leipzig 1894.

Кретиновъ вообще больше, чѣмъ кретинокъ.

Причины кретинизма слѣдуетъ искать въ плохомъ качествѣ питьевой воды. Но специфическое болѣзнетворное начало его намъ неизвѣстно. Приходится предположить, что порождающая кретинизмъ питьевая вода нарушаетъ отправленія щитовидной железы. Теченіе кретинизма хроническое, но вообще кретины живутъ не особенно долго. Предсказаніе при кретинизмѣ неблагопріятно.

Леченіе должно сводиться прежде всего къ профилактикѣ, т. е. къ мѣрамъ, клонящимся къ улучшенію гигіеническихъ условій мѣстностей, гдѣ кретинизмъ эндемиченъ. Въ остальномъ показанъ опытъ леченія вытяжкой щитовидной железы, хотя до сихъ поръ такая терапія не давала особенно выдающихся результатовъ.

Безпомощныхъ кретиновъ, за которыми немыслимъ уходъ на дому, или такихъ, которые обнаруживаютъ наклонность къ насильственнымъ поступкамъ, слѣдуетъ помѣщать въ заведеніе для умалишенныхъ.

d) *Психозъ при Базедовой болѣзни* [1]).

Я упоминаю здѣсь о Базедовой болѣзни несмотря на то, что еще подлежитъ сомнѣнію, обусловливается-ли симптомокомплексъ ея самоотравленіемъ вслѣдствіе недостаточности или нарушенія отправленій щитовидной железы, или же центральнымъ заболѣваніемъ нервной системы, причемъ пораженіе самой железы есть только сопутствующее явленіе, эпифеноменъ болѣзни.

Большинство субъектовъ, страдающихъ болѣзнью Базедова, отличается раздражительностью, чрезмѣрной подвижностью; нѣкоторые изъ нихъ постоянно угнетены, тогда какъ другіе, наоборотъ, слишкомъ веселы. Психозы, развивающіяся на почвѣ Базедовой болѣзни, то обнаруживаютъ нѣкоторыя черты истерическихъ психозовъ, то протекаютъ при картинѣ галлюцинаторнаго бреда. Наконецъ, бываютъ меланхолическія и (рѣже) параноическія состоянія. Леченіе должно быть направлено прежде всего противъ самой Базедовой болѣзни; затѣмъ оно должно удовлетворять симптоматическимъ показаніямъ, вытекающимъ изъ самаго характера психическихъ разстройствъ.

B. Психозы отъ самоотравленія, имѣющаго источникомъ кишечный каналъ или другіе органы.

Въ такихъ случаяхъ принимаютъ, что образуются токсины, обусловливающіе отравленіе мозга, вызывая этимъ психическія разстройства. Исходной точкой такихъ самоотравленій можетъ быть кишечникъ—и тогда психозъ сопровождается ацетонуріей и значительнымъ выдѣленіемъ индикана мочей (см. стр. 100).

Подобные психозы обыкновенно протекаютъ благопріятно, но все-же

---

[1]) *Mannheim*, Der Morbus Gravesii. Berlin 1897.

бываютъ случаи, въ которыхъ они быстро ведутъ къ смерти при явленіяхъ остраго бреда —delirium acutum [1]).

Токсины съ ихъ вредными послѣдствіями для мозга могутъ, далѣе, возникать при печеночныхъ заболѣваніяхъ, легочной бугорчаткѣ (особенно въ видѣ ипохондрическихъ состояній угнетенія), Брайтовой болѣзни (легкая форма мочекровія въ сопровожденіи разстройствъ сознанія и судорожныхъ припадковъ), подагрѣ, тетаніи [2]), сахарномъ мочеизнуреніи. Діабетическіе психозы [3]) облекаются иногда въ форму галлюцинаторной паранои съ идеями преслѣдованія или въ форму меланхоліи, кажущейся на первый взглядъ типичной. Иногда же возникаетъ состояніе ослабленія умственныхъ способностей съ паралитическими явленіями, такъ что можно бываетъ заподозрить прогрессивный параличъ.

При ракѣ разныхъ органовъ тоже иногда наблюдаются психическія разстройства [4]).

Большинство принадлежащихъ сюда психозовъ принимаетъ острое теченіе при явленіяхъ галлюцинаторнаго бреда; но встрѣчаются зачастую и состоянія угнетенія съ ипохондрическимъ оттѣнкомъ, а также и состоянія умственной слабости.

Леченіе должно быть направлено прежде всего на удовлетвореніе причиннымъ показаніямъ. При психозахъ, имѣющихъ исходной точкой кишечникъ, полезно назначеніе 0,30—0,50 каломеля на десять пилюль, принимаемыхъ больнымъ въ теченіе дня, или 1,0 іодоформа (тоже на десять пилюль, которыя должны быть всѣ приняты въ продолженіе сутокъ) (*v. Wagner*).

2. Психическія разстройства отъ проникновенія извнѣ ядовитаго вещества (экзогенные психозы).

а) *Психическія разстройства, обусловливаемыя заразными болѣзнями. Инфекціонные психозы* [5]).

Можно сомнѣваться въ томъ, что ядъ заразной болѣзни способенъ вызвать непосредственно психическія разстройства. Болѣе вѣроятнымъ является предположеніе, что въ теченіи заразной болѣзни въ организмѣ образуются ядовитыя вещества, которыя, по миновапіи соматическихъ разстройствъ, и вызываютъ психозъ. Въ пользу же возникновенія психическихъ разстройствъ дѣйствіемъ первичнаго заразнаго начала говоритъ, однако, фактъ появленія начальнаго бреда при инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Этотъ начальный бредъ сопровождается обыкновенно глубокимъ пораженіемъ сознанія и многочисленными обманами чувствъ, содержаніе которыхъ зачастую усиливаетъ боязливое состояніе до степени маніакальнаго возбужденія.

То же относится по существу и къ лихорадочному бреду, иногда до

---

[1]) *v. Sölder*, Jahrb. f. Psych. 1898.
[2]) *Luther*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 58, 1901.
[3]) *Laudenheimer*, Berl. klin. Wochenschr. 1898.
[4]) *Elzholz*, Jahrb. f. Psych. 1898.
[5]) *Kraepelin*, Arch. f. Psych. XI, стр. 161.

того усиливающемуся на высотѣ лихорадки, что больной производитъ впечатлѣніе помѣшаннаго.

Подобные случаи начальнаго и лихорадочнаго бреда занимаютъ психіатра по большей части лишь тогда, когда имѣется дѣло съ діагностической ошибкой (когда психическіе симптомы заслоняютъ собою соматическія разстройства), или при эпидеміяхъ, возникающихъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ.

При брюшномъ тифѣ начальный бредъ иногда предшествуетъ появленію явственныхъ соматическихъ симптомовъ и исчезаетъ при усиленіи лихорадочнаго состоянія.

Бредъ, сопровождающій наивысшую степень лихорадки, прекращается обыкновенно съ пониженіемъ температуры, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ связаннаго съ обезлихораживаніемъ коллапса появляются новыя бредовыя явленія съ значительной умственной запутанностью и массовыми галлюцинаціями (галлюцинаторный бредъ).

Большинство заразныхъ психозовъ [1]) развивается послѣ прекращенія лихорадочнаго состоянія и въ моментъ, когда ожидаютъ перехода болѣзни въ періодъ выздоровленія. Иногда періодъ выздоровленія и психическія разстройства включаютъ въ себя галлюцинаціи, взятыя изъ лихорадочнаго стадія болѣзни и образующія какъ бы ядро, около котораго кристаллизуются дальнѣйшія бредовыя представленія.

Изъ соматическихъ заболѣваній, играющихъ тутъ главную роль, слѣдуетъ упомянуть объ инфлюэнцѣ, брюшномъ тифѣ [2]), кровавомъ поносѣ, ревматизмѣ сочлененій, пневмоніи, холерѣ, дифтеритѣ, проказѣ [3]), рожѣ, оспѣ, коклюшѣ [4]) и множественномъ невритѣ.

Психозы, развивающіеся послѣ брюшного тифа, характеризуются большой прострацією силъ. Вообще же, подобно гриппознымъ психозамъ, они отличаются разнообразіемъ формъ. Особенно часто заразные психозы принимаютъ форму галлюцинаторнаго бреда; второе по частотѣ мѣсто занимаютъ депрессивныя формы, особенно меланхолическія помѣшательства; маніакальныя формы встрѣчаются рѣдко и еще рѣже наблюдается острое слабоуміе. Зачастую послѣ заразныхъ болѣзней возникаетъ алкогольный бредъ или истерическіе психозы. Исходъ заразныхъ психозовъ по большей части благопріятный, но бываютъ и переходы въ хроническую параною и во вторичное слабоуміе.

Патологической анатоміи этихъ психозовъ до сихъ поръ не имѣется.

Именемъ *Корсаковскаго* психоза (*Jolly*) [5]) обозначается особая форма душевнаго разстройства инфекціоннаго происхожденія, форма, описанная въ первый разъ *Корсаковымъ* и присоединяющаяся въ большинствѣ слу-

---

[1]) *Adler*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 53.
[2]) *Friedländer*, Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.
[3]) *Max Laehr*, Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra. Berlin 1899.
[4]) *May*, Arch. f. Kinderheilkunde 1901.
[5]) Charité-Annalen 1897.

чаевъ къ множественному неврите (она, впрочемъ, наблюдается и въ отсутствіи этого неврита), особенно у алкоголиковъ, но также и внѣ вліянія алкоголя — послѣ заразныхъ болѣзней, каковы брюшной тифъ и сифилисъ, иногда также послѣ травматическихъ поврежденій черепа.

Въ первомъ стадіи болѣзни имѣется обыкновенно симптомокомплексъ множественнаго неврита съ притупленіемъ чувствительности и парэстезіями рукъ и ногъ, особенно голеней, съ мышечнымъ похудѣніемъ, измѣненіемъ электрической возбудимости (реакціей перерожденія въ тяжелыхъ случаяхъ) и болѣзненностью при давленіи периферическихъ нервныхъ стволовъ, ослабленіемъ или даже исчезновеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ и подъ конецъ кожныхъ рефлексовъ, но при неприкосновенности внутренностныхъ рефлексовъ и въ сопровожденіи тяжелыхъ желудочныхъ разстройствъ, а также ускоренія пульса. Въ другихъ случаяхъ объективные и субъективные признаки множественнаго неврита такъ незначительны, что болѣзнь замѣчаютъ лишь при возникновеніи бредового состоянія, производящаго впечатлѣніе алкогольнаго бреда. Но тогда, при клиническомъ изслѣдованіи, тотчасъ бросаются въ глаза невритическія явленія. Иногда, вмѣсто такого бреда, наступаетъ ступорозное состояніе.

Психическія разстройства, характеризующія слѣдующій затѣмъ стадій болѣзни, заключаются въ нарушеніи способности оріентироваться во времени и пространствѣ съ особенно замѣтными разстройствами памяти, частью амнезическаго (также съ возвратной или ретроактивной амнезіей), частью парамнезическаго характера. У больного замѣчается значительное разстройство наблюдательности; онъ черезъ нѣсколько уже минутъ забываетъ только что сказанное имъ или только что совершившееся; ранѣе имъ пережитое, о которомъ онъ тоже не помнитъ, онъ замѣняетъ картинами, воспроизводимыми фантастически частью изъ сновидѣній или галлюцинацій, частью извращеніемъ впечатлѣній минуты. Этимъ путемъ возникаютъ въ высшей степени своеобразныя конфабуляціи, безвязные разсказы о разбойническихъ похожденіяхъ и пр.

Теченіе болѣзни обыкновенно затяжное. Галлюцинаціи и разстройства памяти начинаютъ потомъ постепенно уменьшаться. Иногда показываются парезы наружной прямой мышцы глаза (abducens), а также и параличи другихъ глазныхъ мускуловъ, нистагмъ, параличъ мягкаго неба. Исходъ по большей части въ выздоровленіе, наступающее зачастую лишь черезъ годъ или позже. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается состояніе умственной слабости, въ другихъ — параноическій симптомокомплексъ; наконецъ, можетъ наступить и смерть.

Распознаваніе. Особенно важно различительное распознаваніе отъ общаго прогрессивнаго паралича. Рѣшающее значеніе тутъ имѣютъ самый способъ развитія болѣзни (значительно болѣе медленный при прогрессивномъ параличѣ) и, главнымъ образомъ, констатированіе множественнаго неврита, не принадлежащаго къ картинѣ прогрессивнаго паралича.

Леченіе. Если болѣзнь возникла на почвѣ алкоголизма, леченіе

должно быть направлено противъ послѣдняго. Въ остальномъ слѣдуетъ удовлетворять симптоматическимъ показаніямъ.

По части психозовъ отъ зараженія сифилитическимъ ядомъ см. стр. 100.

b) *Эрготинизмъ* (*злая корча*, *Kriebelkrankheit*) [1].

Поѣданіе спорыньи можетъ быть причиной душевнаго разстройства, появляющагося обыкновенно (за рѣдкими исключеніями) лишь черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ остраго отравленія маточными рожками. Оно начинается явленіями худосочія, по большей части въ сопровожденіи эпилептическихъ судорогъ, атаксіи и разстройствъ чувствительности, и протекаетъ при явленіяхъ меланхолическаго угнетенія, значительнаго помраченія сознанія и ослабленія умственныхъ способностей. Послѣ исчезновенія душевнаго разстройства зачастую еще держатся эпилептическіе припадки; чашечковый рефлексъ можетъ также долго отсутствовать. Леченіе должно быть направлено главнымъ образомъ на профилактику, на улучшеніе условій питанія и пр.

c) *Пеллагра* [2] (*maidismus*, *psychoneurosis maidica*).

Потребленіе въ пищу испорченной кукурузы вызываетъ появленіе особой болѣзни, которая въ періодѣ предвѣстниковъ сказывается общимъ недомоганіемъ, легкой утомляемостью, разстройствами пищеваренія, по большей части также покраснѣніями нѣкоторыхъ участковъ кожи. Послѣдняя становится шероховатой, трескается, и кожица съ нея сходитъ. Во второмъ стадіи преобладаютъ разстройства со стороны кишечника, а въ третьемъ стадіи, рядомъ съ разстройствами нервной системы (слабость и парезы, парэстезіи и анэстезіи, ослабленіе кожныхъ и усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ), показывается меланхолическое угнетеніе, переходящее часто въ ступорозную форму.

Какъ и при эрготизмѣ, задача терапіи здѣсь, по существу, профилактическая.

3. Психозы, вызываемые органическими ядами.

a) *Алкогольные психозы* [3].

Алкоголь занимаетъ въ этіологіи душевныхъ болѣзней весьма видное мѣсто. По меньшей мѣрѣ въ 15 % всѣхъ психозовъ алкоголизмъ является прямой причиной или по крайней мѣрѣ одною изъ главнѣйшихъ причинъ психическаго разстройства. Различаютъ 1) острые, 2) подострые и 3) хроническіе алкогольные психозы.

---

[1] *Tuczek*, Arch. f. Psych. Bd. 13.

[2] *Jahrmärker*, Arch. f. Psych. Bd. 35, 1901.

[3] *Magnan*, De l'Alcoolisme. Deutsch von *Moebius* 1893. *Siemerling*, Charité-Annalen 1891. *Moeli*, Statistisches und Klinisches über Alkoholismus. Charité-Annalen 1884. *Liegmann*, Arch. f. Psych. Bd. 27. *Baer*, Alkoholismus 1878.

1. Острый алкогольный психозъ [1]) (патологическое опьянѣніе).

Острое отравленіе алкоголемъ интересуетъ психіатра лишь по отношенію къ состояніямъ опьянѣнія, протекающимъ ненормальнымъ образомъ. Эти ненормальныя, патологическія опьянѣнія возникаютъ по большей части на почвѣ хроническаго алкоголизма; однако и при отсутствіи послѣдняго встрѣчаются острые алкогольные психозы послѣ изнурительныхъ болѣзней или же на почвѣ сильной психопатической наслѣдственности, а также у эпилептиковъ и вслѣдъ за раненіями черепа. Весьма часто рѣшающее значеніе для возникновенія такихъ ненормальныхъ состояній имѣетъ не столько количество поглощеннаго алкоголя, сколько индивидуальныя особенности и внѣшнія условія, при которыхъ происходило поглощеніе яда.

Острые алкогольные психозы могутъ протекать:

а) При картинѣ апоплектическаго опьянѣнія: потеря сознанія переходитъ—при явленіяхъ общаго паралитическаго состоянія—прямо въ смерть.

b) Въ видѣ судорожнаго опьянѣнія: возникаетъ эпилептическій припадокъ съ послѣдующими маніакальными состояніями, которыя могутъ усилиться до неистовства (mania acutissima ebriorum). Это состояніе сопровождается множественными галлюцинаціями устрашающаго характера и ведетъ нерѣдко къ разрушенію всѣхъ попадающихся больному подъ руку предметовъ.

с) Въ видѣ сумеречныхъ состояній сознанія (алкогольный трансъ) (см. стр. 54—55).

Отравленный кажется, на видъ, спокойнымъ, отвѣчаетъ на вопросы обычнаго содержанія безъ запинки и правильно, не представляя ничего особеннаго и въ своихъ тѣлесныхъ отправленіяхъ—словомъ, производитъ впечатлѣніе здороваго человѣка на многихъ изъ окружающихъ, не слѣдящихъ за нимъ ближе.

Но затѣмъ наблюдаются уже совершенно необычные поступки, заключающіеся то въ нарушеніи правилъ приличія (грубыя выраженія, испусканіе мочи въ присутствіи лицъ другого пола и пр.), то въ наказуемыхъ закономъ дѣяніяхъ (оскорбленіе величества, эксгибиціонизмъ, поджигательство, насильственныя дѣйствія, иногда попытки къ самоубійству).

Зачастую такія состоянія сопровождаются боязливостью, бредомъ преслѣдованія и устрашающими галлюцинаціями, вызывающими плачъ и крики.

Въ большинствѣ случаевъ возможно отвлечь на короткое время вниманіе больного и тѣмъ предотвратить его вредное дѣйствіе, еще приготовляемое или уже приводимое въ исполненіе.

Само же это дѣйствіе нерѣдко находится въ связи съ воспоминаніями или стремленіями изъ періода времени, предшествовавшаго омраченію сознанія.

Рѣдко вмѣсто затемнѣнія сознанія наступаетъ состояніе ступора; иногда же появляется неистовство, даже безъ предшествующаго эпилептическаго припадка, о чемъ уже было сказано.

---

[1]) *Bonhöffer*, Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

Патологическое опьянѣніе можетъ длиться отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ; въ исключительныхъ случаяхъ оно держится цѣлый день. Кончается оно обыкновенно глубокимъ сномъ.

2. Подострые алкогольные психозы.

Бѣлая горячка (delirium tremens, Säuferwahnsinn) [1]). Въ теченіи бѣлой горячки различаютъ три стадія:

1. Въ первомъ стадіи, рядомъ съ желудочными разстройствами, наблюдаются нѣкоторые признаки страха и отдѣльныя галлюцинаціи. Но больной еще владѣетъ собой и продолжаетъ заниматься обычными своими дѣлами.

2. Второй стадій отличается троякаго рода симптомами: 1) дрожаніемъ, 2) безсонницей и 3) бредовыми представленіями въ сопровожденіи галлюцинацій. Въ этомъ стадіи можетъ наступить выздоровленіе въ нѣсколько дней или по прошествіи недѣли; или же развивается

3. Третій стадій, выражающійся большимъ безпокойствомъ, насильственными дѣйствіями при усиленіи галлюцинацій. Больной кричитъ, ругается, наноситъ побои: возбужденіе можетъ усилиться до наивысшихъ степеней ярости (furor).

4. Четвертый стадій характеризуется присоединеніемъ къ предшествующимъ симптомамъ эпилептическихъ припадковъ, ведущихъ обыкновенно къ смерти; или же появляется тихій бредъ, пульсъ становится малымъ, частымъ, температура повышается до 39° и 40°, и больной умираетъ отъ истощенія. Иногда летальный исходъ наступаетъ совершенно внезапно при явленіяхъ коллапса.

Отклоненія отъ описаннаго теченія являютъ:

a) Обрывная форма бѣлой горячки (*Näcke*). Она сопровождается незначительными, по большей части только гипнагогическими галлюцинаціями, при которыхъ больной можетъ казаться нормальнымъ по внѣшнимъ своимъ проявленіямъ и даже продолжать, хотя и съ перерывами, обычныя свои занятія.

b) Затяжная бѣлая горячка (delirium tremens chronicum—*Näcke*). Бредъ держится недѣлями отъ постояннаго рецидивированія болѣзни: едва успѣетъ прекратиться одинъ припадокъ, какъ на его мѣсто является другой.

c) Delirium tremens febrile (*Delasiauve*). Вышеупомянутый четвертый стадій наступаетъ послѣ краткаго стадія предвѣстниковъ, второго же и третьяго стадіевъ не бываетъ.

d) Полиневритическая бѣлая горячка (delirium tremens polyneuriticum, болѣзнь *Корсакова*, см. стр. 188—189).

Частная симптоматологія.

Иллюзіи и галлюцинаціи замѣчаются по преимуществу въ сферѣ зрѣнія. Больной видитъ маленькихъ звѣрей—жуковъ, лягушекъ, блохъ и пр.—въ складкахъ своего одѣяла. Но онъ видитъ также, какъ входятъ въ дверь и большія животныя, вродѣ носороговъ и пр. *Liepmann* наблюдалъ такого рода галлюцинаціи въ 70% случаевъ. Форма галлюцинацій находится

[1]) Названіе это далъ *Thomas Sutton*. 1813.

часто въ связи съ разстройствами ассоціаціонныхъ движеній глазныхъ мышцъ, также съ дрожаніемъ мускула *Brücke*, причемъ нерѣдко бываетъ утрата цвѣтовыхъ ощущеній. Иллюзіи и галлюцинаціи слуха по большей части устрашающаго характера: больные слышатъ ругательства, угрозы; ихъ обзываютъ самыми обидными словами. Иногда больной слышитъ, какъ повторяютъ собственныя его мысли. Галлюцинаціи обонянія и вкуса встрѣчаются рѣдко; чаще бываютъ кинэстетическія галлюцинаціи. Въ началѣ болѣзни галлюцинаціи имѣютъ болѣе стойкій характеръ, но позднѣе онѣ становятся измѣнчивыми, находясь тогда въ постоянномъ движеніи. Днемъ онѣ нѣсколько ослабляются, зато ночью отличаются особенной живостью. Получается престранное впечатлѣніе, когда больные, кажущіеся днемъ въ состояніи равновѣсія умственныхъ способностей, вдругъ начинаютъ разсказывать ужаснѣйшія разбойничьи исторіи, пережитыя ими ночью и въ объективной реальности которыхъ они твердо убѣждены. Надавливаніемъ на глазное яблоко часто можно вызвать галлюцинаціи зрѣнія у страдающихъ бѣлой горячкой. Возникающая при такихъ условіяхъ у здоровыхъ субъектовъ свѣтовая фигура, описанная *Purkinje*, принимаетъ видъ солнца, мѣсяца, звѣздъ. Впечатлѣніе получается безсвязное, но не устрашающее (*Liepmann*). Часто больной относится, до извѣстной степени, какъ наблюдатель къ собственнымъ своимъ галлюцинаціямъ, объясняя что ему мерещится и что будетъ мерещиться далѣе и пр. Замѣчательно, что у такого рода паціентовъ можно вызывать галлюцинаціи чрезъ внушеніе, особенно въ сферѣ зрѣнія. Стоитъ, напримѣръ, сказать: „посмотрите, тамъ паукъ“, — и больной тотчасъ же видитъ паука.

Галлюцинируемые предметы исчезаютъ, когда больной хочетъ схватить ихъ — дразнящія галлюцинаціи (Vexirhallucinationen *Bonhöffer*'а).

Бредовыя представленія находятся съ галлюцинаціями въ тѣсной связи и, подобно послѣднимъ, отличаются почти всегда характеромъ устрашенія, преслѣдованія. Они, впрочемъ, рѣдко сгущаются до того, что больной чувствуетъ себя измѣненнымъ, какъ-бы превращеннымъ въ другого человѣка. Какъ ни нелѣпы переживаемыя и разсказываемыя имъ впечатлѣнія, онъ все же въ состояніи сообщать всѣ объективныя свѣдѣнія о себѣ и своей жизни, причемъ его легко отвлечь временно отъ галлюцинацій и бредовыхъ представленій. Отвлеченіе это до такой степени полное, что вниманіе можетъ достигнуть на короткій срокъ нормальной своей степени (*Bonhöffer*). Часто больной погруженъ въ бредовыя представленія во время обычныхъ своихъ работъ и занятій (Beschäftigungsdelirien).

Настроеніе духа находится въ соотвѣтствіи съ галлюцинаціями и бредовыми представленіями: оно боязливое, недовѣрчивое. Но нѣкоторые бредящіе больные отличаются веселостью, которую *Kraepelin* мѣтко охарактеризовалъ именемъ «висѣльнаго юмора» (Galgenhumor).

Поступки опредѣляются обманами чувствъ и бредовыми представленіями. Они зачастую становятся насильственными, принимая характеръ энергичной защиты отъ враговъ и, подъ вліяніемъ галлюцинацій, нерѣдко ведутъ

также къ самоповрежденію. Больной падаетъ изъ окна, принимая его за дверь; онъ перепрыгиваетъ черезъ рѣшетку моста, принимая ее за человѣка, который хочетъ помѣшать ему идти дальше. Рѣчь затруднена: часто замедлена (bradyphrasia), иногда атактична; только въ исключительныхъ случаяхъ возникаетъ состояніе, напоминающее запинаніе на слогахъ (Silbenstolpern), свойственное прогрессивнымъ паралитикамъ. Самоубійство бываетъ въ 10 % случаевъ.

Тѣлесные симптомы.

Дрожаніе распространяется не только на пальцы, но на все тѣло, также на языкъ, вѣки, глазныя мышцы и пр. Темпъ его быстрый: 8—10 колебаній въ секунду.

Парезы и параличи развиваются обыкновенно лишь тамъ, гдѣ алкоголизмъ вызвалъ появленіе неврита. Чувствительные нервы обнаруживаютъ въ началѣ заболѣванія гиперэстезіи и парэстезіи; позже возникаютъ гипэстезіи и, во многихъ случаяхъ, даже анальгезія [1]).

Сухожильные рефлексы въ свѣжихъ случаяхъ сильны, но въ дальнѣйшемъ они зачастую ослабляются и могутъ совершенно отсутствовать при вполнѣ выраженномъ нейритѣ. Кожные рефлексы по большей части не измѣнены. Зрачки часто реагируютъ лѣниво, но рефлекторная ихъ окоченѣлость встрѣчается крайне рѣдко.

Эпилептическія судороги, появляющіяся при бѣлой горячкѣ, могутъ принадлежать уже заранѣе имѣвшейся эпилепсіи (алкоголизмъ частъ у эпилептиковъ). Иногда бѣлая горячка начинается эпилептическимъ припадкомъ, служащимъ какъ бы ближайшимъ поводомъ для ея появленія; или же эпилептическій припадокъ является первымъ признакомъ алкогольнаго пораженія мозга. Наконецъ, эпилептическіе припадки могутъ играть роль предвѣстниковъ летальнаго исхода.

Въ крови находятъ увеличенное содержаніе жировъ (piaemia), что замѣтно уже при кровопусканіи. Кровь можетъ заключать до 4—11 % жирныхъ веществъ, вмѣсто нормальной цифры 2—2½ %. Пульсъ малъ, учащенъ; при лихорадочной формѣ бѣлой горячки уже въ началѣ болѣзни насчитываютъ 130—160 ударовъ пульса въ минуту. Температура тѣла обыкновенно не представляетъ существенныхъ отклоненій отъ нормы. Если она ниже 36°, то слѣдуетъ опасаться коллапса; когда же, наоборотъ, она заходитъ за 38°, надобно имѣть въ виду возможность осложненія другимъ заболѣваніемъ, особенно пневмоніей. Моча часто содержитъ бѣлокъ (*Liepmann* находилъ его въ 76 % случаевъ; *Hertz* постоянно открывалъ острый нефритъ, считаемый имъ даже первичнымъ заболѣваніемъ, вызывающимъ вторично бѣлую горячку у алкоголиковъ). Отдѣленіе пота обыкновенно усилено. Рядомъ съ этими явленіями имѣются на-лицо въ значительномъ большинствѣ случаевъ обычные тѣлесные признаки хроническаго алкоголизма, каковы атероматозное перерожденіе аортальной сис-

[1]) *Schulz*, Neuritis der Alkoholisten. Neurol. Centralbl. 1885.

темы и перерожденіе сердечной мышцы, жирная печень и печеночный циррозъ, хроническій нефритъ.

Бѣлой горячкой поражаются по преимуществу мужчины въ возрастѣ отъ 35 до 45 лѣтъ, но она встрѣчается также у дѣтей и у стариковъ. Женщины страдаютъ ею рѣдко: на 10 бѣлогорячечныхъ приходится 1 женщина.

Къ числу причинъ, вызывающихъ появленіе бѣлой горячки, принадлежатъ еще: лишеніе алкоголя (т. е. привычнаго яда), всевозможныя внутреннія болѣзни, особенно пневмонія; раненія головы, костные переломы, также психическіе травматизмы (гнѣвъ и пр.), наконецъ, эпилептическій припадокъ. Вдыханіе алкогольныхъ паровъ можетъ, подобно внутреннему употребленію алкоголя, вести къ бѣлой горячкѣ.

Исходы бѣлой горячки:

1. Выздоровленіе. Оно наступаетъ или вслѣдъ за критическимъ сномъ, который можетъ продолжаться 30—40 часовъ, или же постепенно. Выздоравливаетъ 75 % бѣлогорячечныхъ.

2. Переходъ въ хроническій алкоголизмъ.

3. Смерть. Она случается (въ Германіи) приблизительно у 12—15 % бѣлогорячечныхъ—отъ пневмоніи, самоповрежденія или острыхъ кишечныхъ заболѣваній. Иногда смерть вызывается самоубійствомъ подъ вліяніемъ обмановъ чувствъ и бредовыхъ представленій.

Характерныхъ для бѣлой горячки патолого-анатомическихъ измѣненій въ мозгу не имѣется, хотя въ тяжелыхъ случаяхъ и находили разлитое перерожденіе головного мозга съ распространеніемъ процесса на мозжечокъ и на центростремительные проводы и съ наклонностью къ кровоподтекамъ въ сѣромъ веществѣ мозговыхъ полостей (*Bonhöffer*, Monatsschr. f. Psych. Bd. 5).

Распознаваніе. Delirium tremens можно смѣшать:

1. Съ бредомъ отъ истощенія послѣ острыхъ болѣзней. Рѣшающее значеніе для наличности бѣлой горячки имѣютъ анамнезъ и отсутствіе характерныхъ для хроническаго алкоголизма физическихъ симптомовъ. То же можно сказать и о

2. гнилостнокровномъ бредѣ (delirium septicaemicum). Объ осложненіи алкоголизмомъ надобно думать всегда при наружныхъ поврежденіяхъ у субъектовъ, въ анамнезѣ которыхъ фигурируетъ злоупотребленіе спиртными напитками.

3. Съ маніей. При ней галлюцинаціи, если онѣ на-лицо, не достигаютъ, однако, той распространенности, которою онѣ отличаются при алкогольныхъ психозахъ.

4. Съ маніакальнымъ стадіемъ общаго прогрессивнаго паралича. Но тутъ существуютъ характерные паралитическіе симптомы.

Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ надобно также принимать во вниманіе возможность сочетанія упомянутыхъ психозовъ съ алкоголизмомъ.

5. Съ послѣ-эпилептическими психозами въ случаяхъ, гдѣ бреду

предшествуетъ эпилептическій приладокъ. Здѣсь помраченіе сознанія и отвлекаемость вниманія слабѣе выражены или даже совершенно отсутствуютъ.

Леченіе [1]). Важнѣйшая его задача сводится къ профилактикѣ алкоголизма.

Бѣлогорячечный нуждается прежде всего въ тщательномъ надзорѣ изъ за опасности, представляемой имъ какъ для себя самого, такъ и для окружающихъ.

Наиболѣе цѣлесообразнымъ средствомъ леченія служитъ постельное содержаніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пріемами въ 3,0—4,0—5,0 хлоралъ-гидрата удается вызвать продолжительный сонъ и тѣмъ оборвать припадокъ бѣлой горячки. Полезны также опійная настойка (10 капель каждые 2—3 часа), при постепенномъ повышеніи дозы; чистый опій или морфій; далѣе— бромистый калій по 10,0—12,0 въ сутки; уксуснокислый цинкъ по 4,0—6,0 въ 180,0 воды, принять въ теченіе дня; также наперстянка въ сравнительно большихъ дозахъ, апоморфинъ, подкожныя впрыскиванія стрихнина по 0,001—0,002 или атропина по 0,0005—0,001. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ помогаютъ холодныя обливанія или мочегонное дѣйствіе діуретина.

Вообще же не слѣдуетъ забывать, что и выжидательное леченіе ваннами при назначеніи прохлаждающихъ напитковъ съ примѣсью небольшого количества алкоголя также ведетъ къ цѣли.

Алкогольный психозъ можетъ принимать еще подострое теченіе, давая картину:

a) Алкогольной меланхоліи (melancholia alcoholistica). Послѣ острыхъ излишествъ на почвѣ хроническаго алкоголизма можетъ возникнуть меланхолическое состояніе съ самообвиненіями, депрессивными бредовыми представленіями и соотвѣтственными галлюцинаціями, а также явленія ступора, исчезающія въ нѣсколько недѣль.

b) Галлюцинаторной алькогольной паранои [2]) (paranoia hallucinatoria alcoholistica, acute Halluciniose der Trinker—*Wernicke*). Развиваются идеи испытыванія вреда (Beeinträchtigungsideen), нерѣдко сочетающіяся съ идеями величія.

Болѣзнь начинается сильными галлюцинаціями слуха, которыя и въ дальнѣйшемъ теченіи играютъ выдающуюся роль. Тяжкія оскорбленія, грубыя, бранныя слова, угрозы жестокими наказаніями, казнью и пр. составляютъ содержаніе слуховыхъ галлюцинацій. Больной иногда заявляетъ, что его принуждаютъ слышать голоса и видѣть разные образы съ цѣлью свести его съ ума, отдѣлаться отъ него и т. д. Бредовыя представленія развиваются преимущественно въ двухъ направленіяхъ: въ видѣ бреда ревности, въ смыслѣ котораго перерабатываются нерѣдко и нѣкоторыя фактическія данныя (жена оттолкнула отъ себя вѣчно пьянаго мужа, имѣя, можетъ быть, сношенія съ другимъ мужчиной) и въ видѣ религіознаго

---

[1]) *Fürstner*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 34.
[2]) *Ilberg*, Referat: Neurol. CentralBl. 1890, стр. 360.

бреда, причемъ божественные голоса призываютъ больного къ особымъ миссіямъ и пр.

Способность ориентироваться не нарушается, однако, существеннымъ образомъ, такъ что больной, когда онъ не излагаетъ своихъ галлюцинацій (по большей части слуха, иногда и зрѣнія), а также системы бредовыхъ идей, зачастую производитъ впечатлѣніе разумнаго человѣка, ставшаго жертвой происковъ. При этомъ почти всегда замѣчается боязливое настроеніе. Теченіе такой паранои иногда весьма бурное; оно сопровождается тогда галлюцинаціями во всѣхъ или почти во всѣхъ органахъ чувствъ и сильными боязливыми аффектами. Болѣзнь оканчивается иногда совершенно внезапно по прошествіи 3—4 недѣль. Въ другихъ случаяхъ теченіе затяжное, продолжающееся недѣль шесть или же нѣсколько мѣсяцевъ. Иногда психозъ этотъ переходитъ въ неизлечимую хроническую параною.

Отъ первичной функціональной паранои алкогольная форма отличается меньшей продолжительностью аффектовъ и, слѣдовательно, большей измѣнчивостью настроеній, причемъ умственныя способности и память обыкновенно сохраняются менѣе хорошо, чѣмъ при первичной параноѣ. Діагностическое значеніе имѣютъ, далѣе, анамнезъ и тѣлесные признаки алкоголизма.

3. Хроническіе алкогольные психозы.

Хроническій алкоголикъ обнаруживаетъ въ своемъ душевномъ состояніи слѣдующія особенности:

1) нѣкоторую степень умственной слабости, выражающуюся въ особенности недостаткомъ энергіи и ограниченіемъ разсудительности;

2) ослабленіе памяти;

3) нарушеніе этическихъ чувствъ, одинъ изъ первыхъ симптомовъ хроническаго алкоголизма. Больной становится равнодушнымъ къ тому, что прежде интересовало его, что было ему любо и дорого въ жизни, въ его профессіональной дѣятельности. Онъ не соблюдаетъ болѣе правилъ приличія, требуемыхъ его общественнымъ положеніемъ, утрачиваетъ понятіе о профессіональной чести; его помышленія и стремленія сосредоточиваются на удовлетвореніи своихъ страстей. Изъ этого нерѣдко возникаютъ безнравственные поступки: люди бѣдныхъ классовъ населенія предаются попрошайничеству или воровству, люди же состоятельные совершаютъ разные обманы, поддѣлку векселей и пр.—съ цѣлью доставленія себѣ средствъ, которыхъ больше не даютъ имъ обычныя профессіональныя занятія. Повременамъ у хроническаго алкоголика возникаютъ также острые и подострые психозы, подобные вышеописаннымъ; они еще болѣе ухудшаютъ состояніе больного.

Въ дальнѣйшемъ теченіи развивается слабоуміе (dementia), могущее сочетаться съ меланхолическими и ипохондрическими идеями, а также съ идеями величія, иногда и съ паралитическими явленіями—съ затрудненіемъ рѣчи, неравенствомъ зрачковъ, ослабленіемъ подвижности, усиленіемъ или

же, наоборотъ, исчезновеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ, такъ что можетъ возникнуть картина прогрессивнаго паралича (алкогольный псевдопараличъ).

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи важно отсутствіе характерныхъ для общаго прогрессивнаго паралича разстройствъ рѣчи, рефлекторной окоченѣлости зрачковъ, важенъ и анамнезъ (злоупотребленіе спиртными напитками, неимѣніе сифилиса). Слѣдующія обстоятельства также говорятъ въ пользу алкогольнаго псевдопаралича: непрогрессивное теченіе болѣзни и улучшеніе больного при лишеніи его алкоголя. Даже, повидимому, неизлечимыя состоянія слабоумія могутъ послѣ длительнаго теченія, отличающагося постоянными колебаніями, переходить въ выздоровленіе, но съ нѣкоторымъ изъяномъ. Однако, не слѣдуетъ упускать изъ виду и возможности сочетанія общаго прогрессивнаго паралича съ алкоголизмомъ. Больные упорно отрицаютъ все, что можетъ ихъ уличить, выставляя себя невинными жертвами, никогда ни кому не причинявшими вреда.

Этіологія..

1. Наслѣдственность играетъ большую роль. По *Lewis*'у, въ 64% случаевъ отецъ или мать больного тоже алкоголики. Унаслѣдуется не наклонность къ пьянству, но особая слабость или малая сопротивляемость нервной системы, вслѣдствіе чего больной начинаетъ пить подъ вліяніемъ дурного примѣра его родителей.

2. Подражаніе въ позднѣйшемъ возрастѣ ведетъ къ алкоголизму, въ особенности въ извѣстныхъ профессіяхъ (каменщики и пр.).

3. Большое значеніе для хроническаго злоупотребленія спиртными напитками имѣетъ потребность въ доставленіи нервной системѣ извѣстнаго возбужденія, разъ больной уже началъ пить подъ вліяніемъ обозначенныхъ подъ 1. и 2. причинъ. Отсутствіе обычнаго раздраженія влечетъ за собой, какъ бы душевную пустоту, ненормальныя тѣлесныя ощущенія, недомоганіе.

4. Нѣкоторые субъекты становятся привычными алкоголиками послѣ употребленія алкоголя въ качествѣ снотворнаго или болеутоляющаго средства.

Почему нѣкоторые люди могутъ безнаказанно поглощать большія количества алкоголя, тогда какъ у другихъ онъ уже въ малыхъ количествахъ приноситъ вредъ, а третьи отличаются полнѣйшей невыносливостью къ нему? Этого мы не знаемъ, но наслѣдственность играетъ тутъ несомнѣнную роль.

Исходы хроническаго алкоголизма:

1. Улучшеніе съ наклонностью къ рецидивамъ.

2. Неизлечимыя душевныя болѣзни.

3. Смерть отъ органическихъ пораженій, вызываемыхъ алкоголизмомъ (болѣзни сердца и почекъ), или отъ самоубійства (см. стр. 109, 110).

Патологическая анатомія.

У хроническихъ алкоголиковъ часто находятъ гиперостозы черепа, иногда же, наоборотъ, утонченіе черепныхъ костей, наружный или внутренній пахименингитъ, особенно часто кровоизліянія въ мозговыя

оболочки, остеомы твердой и мягкой мозговыхъ оболочекъ, весьма сильно выраженныя Пахіоновы грануляціи, измѣненія стѣнокъ мозговыхъ артерій (стекловидно-фиброидное перерожденіе), разрощенія невроглія, перерожденіе клѣтокъ—словомъ, пораженія, встрѣчающіяся и при многихъ другихъ органическихъ душевныхъ болѣзняхъ. Въ периферическихъ нервахъ оказывается часто дегенаративный невритъ.

Въ соматическомъ отношеніи наблюдаются обычные признаки хроническаго алкоголизма, т. е. атероматозное перерожденіе сосудовъ, расширеніе сердца, ожирѣніе печени, печеночный циррозъ, пораженія почекъ, хроническіе катарры желудочно-кишечнаго канала.

Леченіе прежде всего профилактическое, о чемъ уже было сказано выше. Профилактика же эта должна заключаться не въ судебныхъ или полицейскихъ наказаніяхъ и взысканіяхъ, но скорѣе въ добромъ примѣрѣ, въ поученіи общества и въ улучшеніи гигіеническихъ условій жизни, особенно народнаго питанія. Заведенія для леченія пьяницъ и отученія отъ пьянства являются для этого весьма подходящимъ средствомъ. Отдача подъ опеку можетъ во многихъ случаяхъ оказывать спасительное дѣйствіе на алкоголиковъ. О лекарственномъ леченіи сказано было выше.

Ь) *Морфинизмъ или морфиноманія* [1]).

Первое впрыскиваніе морфія было сдѣлано въ Германіи *Bertrand*'омъ въ 1856 году, а первое сообщеніе о злоупотребленіи морфіемъ относится къ 1864 году. Съ тѣхъ поръ морфинизмъ принялъ ужасающее и губительное распространеніе.

Въ морфинистѣ какъ бы сидятъ два человѣка: послѣ впрыскиванія морфія онъ въ хорошемъ расположеніи духа, сговорчивъ, способенъ къ работѣ; по прекращеніи же дѣйствія морфія онъ становится безпокойнымъ, непріятнымъ для другихъ, неспособнымъ къ сосредоточиванію, невосприимчивымъ и боязливымъ. Новое впрыскиваніе сразу оживляетъ его. Чѣмъ дольше длится морфинизмъ, чѣмъ короче промежутки между отдѣльными впрыскиваніями, тѣмъ короче и періоды эйфоріи.

Измѣненіе нравственныхъ особенностей больнаго, подобное тому, которое было описано при хроническомъ алкоголизмѣ, составляетъ наиболѣе выдающееся изъ психическихъ разстройствъ отъ злоупотребленія морфіемъ. Морфиноманъ дѣлается обыкновенно никуда не годнымъ человѣкомъ; исполненіе долга, обязательства чести и данное имъ честное слово становятся для него ничего незначащими пустяками. Соотвѣтственно этому замѣчается ослабленіе умственныхъ способностей и особенно энергіи; память же по большей части сохраняется вполнѣ. Отъ алкоголика морфиноманъ отличается тѣмъ, что у него представленія не такъ легко переходятъ въ движенія, въ поступки (*Kraepelin*).

Представленія о наносимомъ больному вредѣ, сопровождающія въ большинствѣ случаевъ морфиноманію въ позднѣйшихъ ея стадіяхъ, зачастую

---

[1]) *Erlenmeyer*, 1887. 3. Aufl.

развиваются въ форменный бредъ обращенія на все вниманія и могутъ даже усилиться до степени бреда преслѣдованія, принимать форму галлюцинаторной паранои. Еще до полнаго развитія этого хроническаго состоянія могутъ возникать преходящимъ образомъ галлюцинаторныя возбужденія.

Соматическія разстройства хронической морфиноманіи выражаются по преимуществу общимъ похудѣніемъ, безсонницей, сильнымъ запоромъ, дрожаніемъ языка и рукъ, слабостью и атаксіей верхнихъ и нижнихъ конечностей, съуженіемъ зрачковъ при покраснѣлой, по большей части, соединительной оболочкѣ глазъ (зрачки судорожно напряжены—*Gräfe*). Аппетитъ отсутствуетъ, языкъ шероховатъ и сухъ на-ощупь, зубы каріозные и выпадаютъ, кожа землистаго, желтоватаго цвѣта, покрыта трещинами, рубцами, гнойничками и затвердѣніями, вызванными впрыскиваніями, иногда также синими пятнами отъ металлическихъ осадковъ изъ иглы шприца. Больной жалуется на видѣніе искръ, на шумъ въ ушахъ, на ненормальныя вкусовыя и обонятельныя ощущенія и на парэстезіи. Половые инстинкты, поллюціи и эрекціи отсутствуютъ. У женщинъ часто бываетъ аменоррея. Извѣстная доля морфиномановъ, предоставленныхъ самимъ себѣ, погибаетъ отъ истощенія; другіе кончаютъ самоубійствомъ, подобно алкоголикамъ.

Этіологія. По *Pouchet*, 40 % всѣхъ морфиномановъ—врачи. Немалый процентъ среди морфиномановъ приходится на женъ врачей. Аптекаря тоже часто становятся морфиноманами. Морфиноманіи предаются обыкновенно люди съ психопатической наслѣдственостью, отличающіеся слабой энергіей и не могущіе воздержаться отъ дальнѣйшаго употребленія яда. Вызывается злоупотребленіе морфіемъ: 1) длительными физическими болями, 2) безсонницей, 3) общимъ недомоганіемъ, горемъ, заботами и 4) дурнымъ примѣромъ, что особенно относится къ женамъ врачей. Эйфорія, вызываемая морфійнымъ впрыскиваніемъ, прекращая безпокойство и страхъ, побуждаетъ, разъ пріятное дѣйствіе морфія миновало, все къ новымъ и новымъ впрыскиваніямъ, а также и къ повышенію дозъ. Новорожденныя дѣти матерей-морфиноманокъ обнаруживаютъ иногда явленія, вызываемыя лишеніемъ морфія, до коллапса включительно. Наибольшее количество морфія, принятое до сихъ поръ въ теченіе сутокъ морфиноманомъ, было 14,0 (*Jacquet*).

Для распознаванія морфиноманіи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она отрицается больнымъ, особенно важно изслѣдованіе общихъ покрововъ, на которыхъ находятъ вышеупомянутые слѣды впрыскиваній; важно также нахожденіе морфія въ мочѣ. Далѣе, при продолжающемся употребленіи морфія, наблюденіе обнаруживаетъ поразительную смѣну настроеній: подъ вліяніемъ морфія является эйфорія и возбужденіе, уступающія мѣсто раздражительности, какъ только больной начинаетъ ощущать потребность въ новомъ пріемѣ привычнаго яда.

Леченіе морфиноманіи прежде всего профилактическое. Не слѣдуетъ

никогда давать морфійный шприцъ въ руки больному и ухаживающихъ за нимъ людей. Къ сожалѣнію, результатъ этого профилактическаго правила всегда значительно ограничивается большимъ количествомъ врачей, фигурирующихъ въ числѣ морфиномановъ.

Отучить морфиномановъ отъ морфія можно троякимъ способомъ: внезапнымъ, быстрымъ или медленнымъ лишеніемъ яда. Какой изъ этихъ способовъ въ данномъ случаѣ наиболѣе цѣлесообразенъ —это зависитъ, во-первыхъ, отъ дозы, до которой дошелъ больной; во-вторыхъ, отъ силъ его и, въ-третьихъ, отъ причины, вызвавшей или еще поддерживающей морфиноманію. Если имѣются сильныя боли, какъ, напр., при ракѣ или спинной сухоткѣ, то внезапное или быстрое лишеніе морфія немыслимо, пока морфій не замѣнятъ какимъ-нибудь другимъ болеутоляющимъ средствомъ.

Отученіе достигается лучше и вѣрнѣе всего въ закрытомъ лечебномъ заведеніи. Морфиноманы умѣютъ такъ обманывать врачей и больничную прислугу, что только при дисциплинѣ закрытаго заведенія исключается возможность (и то не всегда) тайнаго добыванія себѣ морфія паціентомъ.

Во время отученія у большинства морфиномановъ возникаютъ въ различной степени такъ называемыя „явленія лишенія“, т. е. разстройства, вызываемыя неполученіемъ или недостаточнымъ полученіемъ привычнаго яда. Они, по *Marmé*, зависятъ отъ ядовитаго дѣйствія оксидиморфина (трудно растворимаго, невыдѣленнаго изъ организма производнаго морфія), образующагося въ тѣлѣ при хроническомъ злоупотребленіи морфіемъ, причемъ дѣйствіе оксидиморфина не подавляется новыми пріемами морфія. Другая часть явленій лишенія обусловливается усиленіемъ —послѣ прекращенія пріемовъ морфія—отдѣленія соляной кислоты въ желудкѣ, въ чемъ можно убѣдиться при изслѣдованіи зондомъ. При этомъ разстройствѣ полезны опорожненіе желудка помощью зонда и пріемы щелочныхъ средствъ.

Явленія лишенія слѣдующія: рвота, зѣвота, чиханіе, сильная испарина, подергиванія въ отдѣльныхъ мускулахъ, предсердечный страхъ; зрачки расширены, нерѣдко появляются дизартрическія разстройства рѣчи, возникаетъ также сильный, сухой кашель; пульсъ измѣнчивъ, температура ниже нормы. Больной боязливъ, безпокоенъ, желаетъ смерти, иногда покушается на свою жизнь. Порой дѣло доходитъ до состоянія, похожаго на бѣлую горячку, съ галлюцинаціями и бредовыми представленіями.

Въ періодѣ воздержанія отъ морфія у мужчинъ показываются эрекціи и поллюціи; женщины начинаютъ также чувствовать склонность къ половымъ сношеніямъ.

Противъ явленій коллапса полезныя подкожныя впрыскиванія coffeino-natrii salicylici по 0,2—0,4; далѣе—подкожныя вливанія раствора поваренной соли. Иногда невозможно избѣжать впрыскиванія 0,02 —0,05 морфія.

Особеннаго надзора требуетъ наклонность къ самоубійству.

Разъ больного удастся лишить окончательно морфія, требуется еще

долгое и тщательное слѣженіе за нимъ, прежде чѣмъ можно будетъ считать его излеченнымъ.

Безсонница, физическія боли и неблагопріятныя условія общественной жизни вызываютъ въ большинствѣ случаевъ рецидивы морфиноманіи, такъ что процентъ излеченныхъ морфиномановъ вообще небольшой. Зачастую морфиноманія соединяется съ алкоголизмомъ и съ кокаиноманіей.

c) *Кокаиноманія или кокаинизмъ* [1]).

Koller, въ 1884 году, первый сталъ примѣнять кокаинъ въ качествѣ мѣстнаго обезболивающаго въ глазной практикѣ. Злоупотребленіе кокаиномъ имѣло вообще исходной точкой, во-первыхъ, мѣстное анэстезированіе при разнаго рода боляхъ (кокаинизація десенъ, носа, при вагинизмѣ и пр.) и, во-вторыхъ, морфиноманію. Дѣло въ томъ, что кокаинный шприцъ рекомендовался сначала для борьбы съ морфійнымъ шприцомъ. Хроническій кокаинизмъ проявляется ощущеніемъ утомленія, уменьшеніемъ вѣса тѣла, неохотой и неспособностью къ умственному труду, ослабленіемъ умственныхъ способностей, разсѣянностью, безсонницей, ускореніемъ дѣятельности сердца при маломъ, часто нитевидномъ пульсѣ, иногда также судорогами въ отдѣльныхъ мускулахъ.

На такой почвѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается душевное разстройство, протекающее при картинѣ галлюцинаторнаго бреда съ многочисленными обманами чувствъ, особенно въ сферѣ зрѣнія. Часто бываетъ ощущеніе инородныхъ тѣлъ подъ кожей, которыя постоянно мѣняютъ мѣсто и чувствуются то въ формѣ шариковъ, то въ видѣ зеренъ, то, наконецъ, какъ мелкій порошокъ или тончайшая пыль (признакъ *Magnan*'а). Иногда на почвѣ хроническаго кокаинизма возникаетъ симптомокомплексъ галлюцинаторной паранои съ систематизированными идеями преслѣдованія, галлюцинаціями зрѣнія и слуха.

Вызываемыя кокаинизмомъ разстройства по большей части тяжелѣе разстройствъ при морфиноманіи. Кокаиноманы не могутъ обыкновенно продолжать такъ долго свое ремесло или профессію, какъ морфиноманы. Хуже всего вліяетъ одновременное злоупотребленіе морфіемъ и кокаиномъ.

Леченіе по существу то же, что и при морфиноманіи. При кокаинизмѣ обыкновенно не наблюдается сколько-нибудь серьезныхъ явленій лишенія.

Прибавленіе.

Изъ остальныхъ хроническихъ отравленій органическими ядами упомянемъ о хлорализмѣ, выражающемся значительнымъ похудѣніемъ, поносами и особыми кожными высыпями (urticaria, erythema, exanthema papulosum, petechiae); о хлороформоманіи, эфироманіи, абсинтизмѣ (признаки котораго, по *Magnan*'у, припадки головокруженія, эпилептическіе приступы, галлюцинаторный бредъ и амнезія); о хроническомъ злоупотребленіи опіемъ,

---

[1]) *Mannheim*, Neurol. Centralbl. 1891.

каннабизмѣ (встрѣчающемся въ особенности въ Египтѣ) и никотинизмѣ. Далѣе, слѣдуетъ еще упомянуть о хроническомъ отравленіи препаратами брома, сульфоналомъ, тріоналомъ, дурманомъ (datura stramonium). Хроническое отравленіе послѣднимъ можетъ быть вызвано продолжительнымъ куреніемъ его при астмѣ, причемъ возникаютъ галлюцинаціи слуха и бредъ обращенія на все вниманія съ отношеніемъ къ себѣ и въ сопровожденіи ощущенія сдавленія въ головѣ, въ ушахъ и въ голеностопныхъ сочлененіяхъ. Наконецъ, назовемъ отравленія атропиномъ, бѣленой, салициловыми препаратами (сильное потѣніе, шумъ въ ушахъ, ослабленіе слуха, расширеніе зрачковъ и косоглазіе), антипириномъ, паральдегидомъ.

Всѣ эти яды могутъ вызывать какъ острыя, быстро проходящія душевныя разстройства, такъ и подострые психозы (обыкновенно въ формѣ галлюцинаторнаго бреда или галлюцинаторной паранои). Хроническій абсинтизмъ, подобно каннабизму, часто ведетъ къ слабоумію. Хроническія отравленія сульфоналомъ, тріоналомъ и бромомъ могутъ порождать состоянія умственной слабости въ сопровожденіи значительнаго разстройства памяти, атаксіи и парезовъ при утратѣ сухожильныхъ рефлексовъ, такъ что картина болѣзни походитъ на общій прогрессивный параличъ. Анамнезъ и постепенное исчезновеніе симптомовъ, послѣ прекращенія употребленія средства, вызвавшаго отравленіе, помогутъ установить тутъ правильную діагностику.

4. Психозы отъ отравленія неорганическими ядами.

Острые психозы отъ отравленія окисью углерода протекаютъ порой при явленіяхъ остраго слабоумія. Если при этомъ имѣются параличи, то послѣдніе указываютъ на образованіе въ мозгу, подъ вліяніемъ окиси углерода, гнѣздныхъ размягченій.

Moreau описалъ у булочниковъ и поваровъ хроническое отравленіе окисью углерода въ формѣ галлюцинаторной паранои или даже псевдо-паралича. Были также наблюдаемы психозы отъ такъ называемаго «gaz pauvre», образующагося при проходѣ воздуха черезъ раскаленный антрацитъ (смѣсь изъ азота, окиси углерода, угольной кислоты и небольшихъ количествъ углеводорода).

Психозы отъ отравленія сѣрнистымъ углеродомъ [1]) могутъ принимать форму состояній угнетенія, усиливающихся порой до ступора, или же протекать при картинѣ галлюцинаторнаго бреда. По большей части здѣсь имѣется дѣло съ состояніями умственной слабости, къ которымъ позднѣе нерѣдко присоединяются паралитическія явленія и атаксія.

Іодоформъ можетъ порождать острый психозъ при явленіяхъ галлюцинаторнаго бреда съ боязливымъ безпокойствомъ и сильной запутанностью, или же меланхолію. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ всегда думать о возможной зависимости душевнаго разстройства не отъ іодоформа, а отъ

---

[1]) *Köster*, Neurol. Centralbl. 1898. *Laudenheimer* ibid.

болѣзни, потребовавшей употребленія этого средства, а также отъ травматическаго или операціоннаго shock'a.

Хроническое отравленіе свинцомъ [1]) можетъ вызывать:

a) протекающій при явленіяхъ галлюцинаторнаго бреда острый психозъ;

b) эпилептическіе припадки съ соотвѣтственными психическими разстройствами;

c) ослабленіе умственныхъ способностей и памяти, которое, въ соединеніи со свойственнымъ свинцовому отравленію паралитическимъ состояніемъ, можетъ дать картину вродѣ общаго прогрессивнаго паралича. Въ діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ принимать во вниманіе, что слабоуміе въ случаяхъ свинцоваго паралича никогда не достигаетъ такой значительной степени, какъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ; далѣе, что электрическое изслѣдованіе обнаруживаетъ при сатурнизмѣ измѣненія, не замѣчаемыя при общемъ прогрессивномъ параличѣ и, наконецъ, что при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи находятъ невритъ и неворетинитъ, а также апоплексіи сѣтчатки и периваскулярныя измѣненія (*Hirschberg*), т. е. пораженія, не встрѣчающіяся въ упомянутомъ сочетаніи при общемъ прогрессивномъ параличѣ.

Свинцовое отравленіе можетъ также порождать мочекровные психозы, вызывая сморщиваніе почекъ.

Хроническое отравленіе ртутью зачастую ведетъ къ состояніямъ сильной пугливости и легкой раздражительности отъ внѣшнихъ вліяній въ соединеніи съ разнаго рода страхами и безсонницей (erethismus mercurialis). Въ рѣдкихъ случаяхъ изъ этого развивается, при наличности предрасположенія, особый психозъ съ характеромъ угнетенія, ведущій къ ослабленію умственныхъ способностей.

V. Органическіе психозы.

1. Разлитыя пораженія мозговой коры.

a) *Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ* [2]), *dementia paralytica*, *vulgo*, *размягченіе мозга*.

Хотя уже въ 1672 году *Willis* и въ 1798 году *Haslam* описали случаи, которые могутъ быть отнесены къ общему прогрессивному параличу, однако *Bayle* былъ все же первымъ, давшимъ въ своей докторской диссертаціи точное описаніе общаго прогрессивнаго паралича въ 1822 году. Онъ назвалъ эту болѣзнь хроническимъ менингитомъ, которымъ и объяснилъ симптомокомплексъ общаго прогрессивнаго паралича съ его душевными и соматическими разстройствами.

Позднѣе не разъ подымался споръ о томъ, принадлежатъ-ли, на самомъ

---

[1]) *Probst*, Geistesstörungen nach Bleivergiftung. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Juni 1901.

[2]) *Mendel*, Progressive Paralyse. Monographie 1880. *Biswanger*, Deutsche Klinik 1801.

дѣлѣ, психическія разстройства и соматическія пораженія при прогрессивномъ параличѣ къ одной общей болѣзни. Конгрессъ психіатровъ въ Парижѣ въ 1867 году твердо установилъ единство всѣхъ симптомовъ прогрессивнаго паралича и самостоятельность послѣдняго, какъ болѣзненной формы.

Если въ настоящее время объ этомъ болѣе не спорятъ, зато задачей новѣйшихъ изслѣдованій явилось выдѣленіе изъ общаго числа случаевъ прогрессивнаго паралича отдѣльныхъ разновидностей этой болѣзни, отличающихся анатомическими и клиническими особенностями.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ клиническая картина общаго прогрессивнаго паралича развивается слѣдующимъ образомъ:

1. Слабоумная форма прогрессивнаго паралича (demente Form).

Первый стадій. Онъ можетъ выражаться преимущественно то симптомами болѣзненнаго измѣненія психики, то соматическими разстройствами, то, наконецъ, одновременнымъ развитіемъ психическихъ и тѣлесныхъ ненормальностей.

а) Больной становится „не въ духѣ“. Онъ раздражителенъ, запальчивъ, грубитъ безъ достаточной причины и даже предается насилію. Поражаетъ при этомъ необращеніе вниманія на элементарныя правила общественнаго приличія: больной входитъ въ домъ, не снимая шапки, появляется въ обществѣ въ неряшливомъ видѣ, становится нечистоплотнымъ во всѣхъ своихъ внѣшнихъ проявленіяхъ, ведетъ себя непристойно по отношенію къ дамамъ, употребляя грубыя выраженія, позволяя себѣ неприличные жесты и прикосновенія (тогда какъ прежде онъ отличался сдержанностью), проводитъ время въ кабакахъ и публичныхъ домахъ (чего ранѣе не дѣлалъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже въ этомъ стадіи развивается стремленіе къ дѣйствіямъ, приводящимъ къ конфликту съ уложеніемъ о наказаніяхъ (проступки противъ общественной нравственности, кража и пр.).

Повременамъ возникаютъ стѣсненіе въ груди, боязливыя состоянія, сильное чувство недомоганія. Сонъ обыкновенно становится менѣе глубокимъ и менѣе продолжительнымъ. Въ другихъ же случаяхъ замѣчается, наоборотъ, сонливость, появляющаяся иногда въ несоотвѣтствіи со временемъ и мѣстомъ (нарколепсія).

Упомянутыя измѣненія замѣтны часто лишь при тѣсномъ общеніи съ больнымъ, но и въ этомъ случаѣ ихъ болѣзненный характеръ часто остается неузнаннымъ и сами эти измѣненія приписываются внѣшнимъ условіямъ. Зачастую больной продолжаетъ по прежнему обычныя свои занятія, правильно разрѣшая текущія задачи дня. Но если ему на пути встрѣтятся необычныя препятствія или затрудненія, то тогда обнаруживается изъянъ въ его умственныхъ способностяхъ. Для новыхъ предпріятій у больного также не оказывается надлежащей энергіи и выдержки. Если же онъ берется за нихъ, то терпитъ обыкновенно неудачу изъ-за недостатка сообразительности и иниціативы.

Преходящимъ образомъ сознаніе своего болѣзненнаго состоянія все же появляется у больного, особенно когда онъ замѣтитъ ослабленіе

памяти или когда другіе обратятъ вниманіе на его странности. Онъ „чуетъ приближающееся размягченіе мозга“ и эта мысль доводитъ его иногда до самоубійства.

Тѣлесныхъ разстройствъ или совсѣмъ нѣтъ, или же они такъ слабо выражены, что домашній врачъ ставитъ обыкновенно діагностику „неврастеніи“. Да и психіатръ хотя и видитъ опасность, но все же не можетъ прочно установить распознаваніе при отсутствіи всякихъ объективныхъ симптомовъ со стороны периферической нервной системы.

b) Болѣзнь начинается рефлекторной окоченѣлостью зрачковъ, съуженіемъ или расширеніемъ зрачка съ одной стороны или съ обѣихъ сторонъ, измѣненіемъ сухожильныхъ рефлексовъ (ослабленіе, исчезновеніе или лѣнивая реакція ихъ—они возникаютъ не съ быстротой молніи, но вяло, медленно —или же усиленіе при наличности клонуса колѣна и стопы), анальгезіей, особенно голеней, усиленіемъ или ослабленіемъ и исчезновеніемъ полового рефлекса, легкой утомляемостью нижнихъ конечностей, перемежающейся хромотой. Уже теперь можно замѣтить нерѣшительность въ произнесеніи словъ, а иногда, особенно въ состояніяхъ возбужденія, и явственно паралитическое разстройство рѣчи.

При всемъ этомъ больной продолжаетъ заниматься своими дѣлами, хотя и начинаетъ уже обнаруживать неспособность по отношенію ко всякой новой, необычной задачѣ. Рѣдко не бываетъ ипохондрическихъ жалобъ, особенной раздражительности и нарушенія сна. Діагностика при такихъ обстоятельствахъ колеблется иногда между спинной сухоткой и общимъ прогрессивнымъ параличемъ, въ особенности когда въ пользу первой говоритъ, повидимому, отсутствіе чашечковыхъ рефлексовъ, а ослабленіе умственныхъ способностей неясно выражено.

2. Упомянутые при a) и b) симптомы развиваются одновременно. Установленіе точной діагностики возможно уже въ этомъ стадіи. При составленіи анамнеза оказывается обыкновенно, что у паціента былъ сифилисъ лѣтъ 10—15 до начала настоящей болѣзни. Другихъ тяжелыхъ заболѣваній, также со стороны нервной системы, въ большинствѣ случаевъ анамнезъ не обнаруживаетъ.

Второй стадій. Умственная слабость явственно выступаетъ, память значительно ослабляется, больной становится равнодушнымъ къ окружающему, къ своимъ дѣламъ; рѣчь его все болѣе измѣняется, обнаруживая паралитическія разстройства уже не только повременамъ, но постоянно. Дѣло доходитъ до паралитическихъ припадковъ. Они принимаютъ иногда легчайшую форму головокруженія или быстро проходящей потери сознанія, но всегда отражаются дальнѣйшимъ ослабленіемъ умственныхъ способностей. Соматическія разстройства отчасти остаются безъ измѣненія, отчасти же усиливаются; особенно усиливается слабость или атаксія конечностей. Умственная слабость дѣлаетъ больного неспособнымъ къ умственному труду, парезъ и атаксія конечностей лишаютъ его также способности къ физической работѣ.

Третій стадій. Ослабленіе умственныхъ способностей доходитъ до форменнаго слабоумія, память доводится до минимума, больной не въ состояніи болѣе отвѣчать на самые простые вопросы и становится безучастнымъ ко всему. Паралитическое состояніе конечностей дѣлаетъ для него необходимой постороннюю помощь при малѣйшихъ его дѣйствіяхъ: моча и испражненія отходятъ непроизвольно. Новые паралитическіе припадки усиливаютъ безпомощность больного, который, наконецъ, умираетъ то въ одномъ изъ такихъ припадковъ, то отъ пневмоніи, вызванной прониканіемъ въ бронхи пищевыхъ веществъ при неловкомъ ихъ проглатываніи (Schluckpneumonie) или же отъ какого нибудь интеркуррирующаго заболѣванія.

Въ теченіе этой слабоумной формы общаго прогрессивнаго паралича возникаютъ иногда депрессивныя или маніакальныя бредовыя представленія, могущія держаться болѣе или менѣе долго рядомъ съ другими болѣзненными явленіями. Этимъ, впрочемъ, картина болѣзни не измѣняется существеннымъ образомъ. Вообще, упомянутыя бредовыя представленія проявляются обыкновенно только, когда больного спрашиваютъ о нихъ.

2. Классическая или типичная форма общаго прогрессивнаго паралича.

Первый стадій ея можетъ обнаруживать всѣ вышеописанныя разновидности симптомовъ. Чаще же онъ слабо выраженъ, причемъ болѣзненныя разстройства сводятся къ нѣкоторой психической раздражительности въ сопровожденіи ипохондрическихъ ощущеній. За этимъ слѣдуетъ второй стадій, характеризующійся ипохондрическимъ или меланхолическимъ угнетеніемъ, которое, по степени своей интенсивности, можетъ колебаться между легкой формой ипомеланхоліи или ипохондріи и наивысшимъ проявленіемъ ступора. Бредовыя представленія при этомъ могутъ по своему содержанію тоже походить на имѣющіяся въ случаяхъ типической меланхоліи. Но характерными все же остаются признаки умственной слабости, сочетающіеся съ этими бредовыми представленіями, а также вышеописанныя соматическія разстройства (измѣненіе сухожильныхъ и внутренностныхъ рефлексовъ) и имѣющіяся уже обыкновенно на-лицо болѣе или менѣе явственныя разстройства рѣчи.

Третій стадій—стадій маніакальнаго возбужденія—развивается въ большинствѣ случаевъ постепенно изъ второго стадія. Онъ выражается такъ называемымъ цвѣтущимъ бредомъ величія, усиленіе котораго не имѣетъ границъ (см. стр. 24 и 110). Дальнѣйшее его развитіе въ связи съ двигательнымъ возбужденіемъ ведетъ къ паралитическому неистовству (paralytische Tobsucht). Паралитическіе припадки нерѣдко прерываютъ это возбужденіе и переводятъ больного—при непрестанномъ ослабленіи умственныхъ способностей и усиленіи параличей — въ четвертый стадій, стадій слабоумія (stadium dementiae). Этотъ послѣдній походитъ на вышеописанный третій стадій слабоумной формы прогрессивнаго паралича, съ тою только разницей, что въ немъ продолжаются безсмысленныя идеи величія предыдущаго стадія. Но идеи эти выражаются теперь безъ всякаго

возбужденія, какъ нѣчто безразличное, причемъ рѣчь носитъ явственно запинающійся, паралитическій характеръ.

3. Именемъ „безпокойной“ (агитированной) формы обозначается такое теченіе общаго прогрессивнаго паралича, при которомъ отсутствуютъ, какъ меланхолическій, такъ и ипохондрическій стадіи типической формы, такъ что болѣзнь изъ вышеописаннаго перваго стадія прямо переходитъ въ третій стадій. При особенно бурномъ теченіи—въ случаѣ осложненія соматическими заболѣваніями—тутъ возникаетъ иногда симптомокомплексъ остраго бреда (см. стр. 103).

4. При депрессивной формѣ дѣло не доходитъ до развитія маніакальнаго стадія, но ипохондрически-меланхолическія бредовыя представленія усиливаются до чрезвычайности, нерѣдко до микроманіи (см. стр. 25).

5. При смѣнѣ депрессивныхъ и маніакальныхъ стадіевъ общій прогрессивный параличъ можетъ симулировать циркулярное помѣшательство (циркулярная форма прогрессивнаго паралича). Прогрессивный ходъ ослабленія умственныхъ способностей и наличность соматическихъ разстройствъ позволяютъ установить различительное распознаваніе.

6. Именемъ восходящаго паралича (ascendirende Paralyse) обозначаются случаи, гдѣ психическіе симптомы прогрессивнаго паралича присоединяются къ спинной сухоткѣ, существующей уже давно, лѣтъ десять и долѣе.

Не только спинная сухотка, но и осложняющій ее общій прогрессивный параличъ протекаютъ медленно. Отъ такихъ случаевъ надобно отличать тѣ, гдѣ психическія разстройства возникаютъ одновременно съ табетическими или лишь незадолго предшествуютъ имъ. Здѣсь анатомо-патологическія измѣненія не ограничиваются однимъ пораженіемъ заднихъ корешковъ спинного мозга (Tabоparalyse).

Частная симптоматологія.

1. Галлюцинаціи обыкновенно появляются у общихъ паралитиковъ только въ позднѣйшихъ стадіяхъ. Въ исключительныхъ случаяхъ бываютъ галлюцинаціи зрѣнія въ раннихъ періодахъ болѣзни „съ глазъ падаетъ снѣгъ“, „является діаволъ“ и пр. Галлюцинаціи слуха возникаютъ обыкновенно позднѣе. Въ состояніи неистовства или при депрессивной формѣ онѣ встрѣчаются часто. Также часты галлюцинаціи запаха и вкуса у неистовствующихъ общихъ паралитиковъ. Ипохондрическій стадій общаго паралича отличается галлюцинаціями внутренностныхъ ощущеній.

2. Умственная слабость красной нитью тянется чрезъ всю многообразную картину прогрессивнаго паралича, отъ самаго его начала и до конца. Поражаешься иногда при видѣ того, какъ продолжающій еще веденіе своихъ дѣлъ общій паралитикъ, считаемый приближенными просто нервно-разстроеннымъ человѣкомъ, оказывается безпомощнымъ передъ самыми простыми ариѳметическими вычисленіями, вродѣ того, сколько составитъ 13 разъ 13 или сколько принесутъ въ годъ дохода 10.000 марокъ, считая по 4½ %. Больной или совсѣмъ не рѣшаетъ этихъ задачъ, или же рѣшаетъ ихъ самымъ безсмысленнымъ образомъ.

Ранѣе всего измѣняютъ умственныя представленія высшаго порядка, составляющія наипозднѣйшее пріобрѣтеніе; чаще всего сохраняются выученныя наружныя формы (у врачей, напримѣръ, прописываніе рецептовъ). Бредовыя представленія общихъ паралитиковъ отличаются, какъ въ депрессивномъ, такъ и въ маніакальнымъ направленіяхъ самыми нелѣпыми преувеличеніями и совершенно произвольными усиленіями (см. стр. 24). Бредовыя представленія преслѣдованія и величія могутъ сочетаться между собою, какъ при параноѣ.

Начальныя ипохондрическія ощущенія въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни переходятъ въ эйфорію и при слабоумной формѣ общаго прогрессивнаго паралича. Изъ интеллектуальныхъ чувствъ, этическія и эстотическія терпятъ обыкновенно ущербъ уже въ раннемъ стадіи болѣзни.

Слѣдуетъ также упомянуть объ эротическихъ проявленіяхъ, подъ вліяніемъ которыхъ (въ связи съ отсутствіемъ этическихъ чувствъ) больные иногда еще въ раннихъ стадіяхъ общаго прогрессивнаго паралича вводятъ публичныхъ женщинъ къ себѣ въ семью или безстыдно нарушаютъ правила приличія.

Хотя въ начальныхъ стадіяхъ общаго прогрессивнаго паралича память не обнаруживаетъ зачастую сколько-нибудь значительныхъ изъяновъ, но она все же существенно ослабляется въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни: пропадаетъ способность подмѣчанія и, въ концѣ концовъ, паралитикъ, отрѣшенный отъ своего прошлаго и неспособный къ пріобрѣтенію новыхъ представленій, живетъ однимъ удовлетвореніемъ чувственныхъ потребностей.

Характернымъ для общаго прогрессивнаго паралича признакомъ служитъ запинаніе въ произношеніи слоговъ (Silbenstolpern). Хотя больной и можетъ выговаривать отчетливо отдѣльные слоги, онъ не въ состояніи сочетать ихъ какъ слѣдуетъ въ слова, особенно въ длинныя слова. Звуки, а иногда и самый слогъ переставляются, отдѣльные звуки появляются въ неподходящемъ мѣстѣ, другіе опускаются. Это узнается тотчасъ же, если заставить больного повторять нѣкоторыя трудно произносимыя слова: вмѣсто «артиллерія» онъ говоритъ «ратрилерія», вмѣсто «константинопольскій» — «костапинопальскій» и пр.

При чтеніи или декламаціи разстройство рѣчи сказывается иногда еще рѣзче, чѣмъ при простомъ повтореніи, особенно, когда больной уже привыкъ повторять произносимыя передъ нимъ слова. Еще до появленія запинанія на слогахъ зачастую замѣчается нерѣшительность въ произнесеніи словъ, затрудненіе при выговариваніи нѣкоторыхъ согласныхъ, особенно въ началѣ словъ, вслѣдствіе чего рѣчь становится нерѣшительной, замедленной.

Указанныя разстройства рѣчи возникаютъ въ большинствѣ случаевъ въ очень раннемъ стадіи общаго прогрессивнаго паралича. Если они и не дѣлаютъ распознаваніе болѣзни абсолютно достовѣрнымъ (они могутъ появляться иногда и при другихъ болѣзненныхъ состояніяхъ, напр. у алкоголиковъ, или подъ вліяніемъ остраго отравленія, вызваннаго у душевно-

больныхъ пріемами гіосцина или дюбуазина), тѣмъ не менѣе слова *Esquirol*'я остаются до сихъ поръ справедливыми, съ несущественными только ограниченіями: «затрудненіе рѣчи—признакъ смертельный» (l'embarras de la parole est un signe mortel). Разстройство рѣчи держится не всегда равномѣрно: оно порой исчезаетъ подъ вліяніемъ покоя и рѣзче сказывается при всякомъ возбужденіи.

Но разстройства рѣчи еще не исчерпываются запинаніемъ на слогахъ. Къ послѣднему, въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни, присоединяется ослабленіе памяти и нарушеніе самаго выговариванія (артикуляціи) словъ (дизартрія), чѣмъ еще болѣе измѣняется рѣчь.

Больной, начавъ говорить, не находитъ подходящаго выраженія для того что хочетъ сказать, прерываетъ неоконченное предложеніе и начинаетъ другое, не кончая также и его. Позабывъ, наконецъ, что онъ намѣревался сказать, онъ оглядывается вопросительно и кончаетъ словами, лишенными связи съ предыдущимъ. Онъ забываетъ также послѣдніе слоги произносимыхъ передъ нимъ словъ, которыя заставляютъ его повторять.

Въ далеко зашедшихъ случаяхъ мышечныя волокна языка, губъ, лица, иногда и мускулы нижней челюсти, приходятъ въ дрожаніе въ моментъ, когда больной открываетъ ротъ, чтобы говорить. Дрожанія эти видны въ особенности въ мышцѣ, подымающей верхнюю губу, въ скуловыхъ мышцахъ, въ круговыхъ мускулахъ вѣкъ; они иногда такъ сильны, что все лицо искажается судорожными сокращеніями.

Первый слогъ выговаривается или какъ бы судорожно выбрасывается лишь по прошествіи нѣсколькихъ секундъ, иногда минуты; голосъ зачастую поражаетъ грубостью, гнусливостью и низкимъ тономъ.

Писанія общихъ паралитиковъ (см. стр. 71) обнаруживаютъ во всемъ своемъ содержаніи умственную слабость и бредовыя представленія въ разныхъ ихъ проявленіяхъ. Маніакальное возбужденіе сказывается частымъ подчеркиваніемъ словъ, восклицательными знаками, приписками насчетъ отправки по телеграфу, по пнейматической почтѣ, черезъ нарочнаго и пр.

Въ соотвѣтствіи съ запинаніемъ на слогахъ наблюдаются письменная и словесная параграфіи.

Почеркъ можетъ быть дрожащимъ или атактическимъ (рядомъ съ мелкими буквами попадаются буквы слишкомъ крупныя или же зигзагообразныя линіи, чрезмѣрно толстые основные штрихи буквъ и пр.).

Чтеніе соотвѣтствуетъ рѣчи. Иногда общіе паралитики прочитываютъ совершенно не то, что напечатано въ книгѣ, нѣчто вполнѣ безсвязное. Иногда же наблюдается дизлексія: по прочтеніи немногихъ строчекъ, больной не въ состояніи читать далѣе: чтеніе становится для него очень труднымъ, и онъ чувствуетъ себя нехорошо.

Соматическіе симптомы.

1. Подвижность. У общихъ паралитиковъ уже рано появляются судорожные симптомы въ видѣ скрежетанія зубами, жевательныхъ движеній,

подергиваній въ отдѣльныхъ мускалахъ и даже писчаго спазма. Что же касается паралитическихъ разстройствъ, то они проявляются прежде всего быстрымъ дрожаніемъ мускуловъ лица и языка, особенно при разговорѣ или при высовываніи языка, также дрожаніемъ рукъ, дрожаніемъ во всѣхъ мускулахъ тѣла, часто фибриллярнаго характера. Въ рѣдкихъ случаяхъ появляются хорическія движенія. Рано также показывается неравенство расщелинъ вѣкъ, отъ слабости m. orbicularis palpebrarum съ одной стороны, разница зрачковъ (myosis въ 60—70 % случаевъ, рѣже mydriasis), неодинаковая степень иннервацiи лицевыхъ нервовъ, косое направленіе языка при высовываніи его. Въ дальнѣйшемъ теченіи парезъ захватываетъ всю мускулатуру, усиливаясь, подъ конецъ, до степени полнаго паралича. Походка общихъ паралитиковъ можетъ быть паретическая или паретически-спазмодическая (при усиленіи сухожильныхъ рефлексовъ) или же атактическая (при ослабленіи или исчезновеніи сухожильныхъ рефлексовъ). Въ концѣ-концовъ больной не въ состояніи болѣе ходить. Гемиплегіи, также моноплегіи, бываютъ вслѣдъ за паралитическими припадками. Наблюдаются иногда и параличи отдѣльныхъ нервовъ, вызванные периферическимъ невритомъ (параличъ n. regonei и пр.). Конечный стадій характеризуется появленіемъ парезовъ и параличей рукъ, сфинктеровъ и пр.

Электрическая возбудимость мышцъ и нервовъ не обнаруживаетъ измѣненій при общемъ прогрессивномъ параличѣ. Если же она измѣнена, то слѣдуетъ заподозрить осложненіе.

2. Органы чувствъ и кожная чувствительность. Атрофія зрительнаго нерва встрѣчается въ 12 % случаевъ, особенно при табетической формѣ общаго прогрессивнаго паралича. Наблюдаютъ также стойкую и даже прогрессивную центральную скотому съ измѣненіемъ цвѣта сосочка зрительнаго нерва и геміанопсіей—вслѣдъ за паралитическими припадками. Разстройства слуха рѣдки; чаще бываютъ аносмія и агейзія, даже и въ болѣе раннихъ стадіяхъ. Боли на-подобіе нейральгическихъ (ischias) зачастую имѣются въ первомъ стадіи: очень рано появляются также болѣе или менѣе распространенныя анэстезіи и анальгезіи, особенно въ нижнихъ конечностяхъ. Надобно, впрочемъ, остерегаться принимать за анальгезіи заявленія паціентовъ вродѣ того, что уколы иглой не вызываютъ у нихъ боли: въ особенности маніакальные больные охотно увѣряютъ въ такомъ отсутствіи у нихъ болевыхъ ощущеній съ цѣлью доказать, что они здоровы или одарены необыкновенной выносливостью.

3. Рефлексы. О чашечковыхъ рефлексахъ было сказано. Часто уже въ началѣ общаго прогрессивнаго паралича Ахиллесовъ и локтевой сухожильные рефлексы ослаблены или даже отсутствуютъ.

Кожные рефлексы нерѣдко повышены въ первомъ стадіи, ослабляясь затѣмъ въ позднѣйшихъ періодахъ. Рефлексъ *Бабинскаго* (*Babinski*) находятъ зачастую съ одной стороны или съ обѣихъ сторонъ. Изъ внутренностныхъ рефлексовъ, исчезновеніе зрачковаго рефлекса на свѣтъ состав-

ляетъ одинъ изъ самыхъ раннихъ и важныхъ признаковъ [1]). Встрѣчается также парадоксальная или обратная зрачковая реакція.

Рефлексъ мочевого пузыря измѣняется обыкновенно рано, а въ позднѣйшихъ стадіяхъ параличъ его, въ связи съ параличемъ mm. detrusoris et sphincteris vesicae, ведетъ къ такъ называемой ischuria paradoxa (см. стр. 79).

Половой рефлексъ въ началѣ болѣзни часто нормаленъ, иногда усиленъ (поллюціи); позже онъ обыкновенно исчезаетъ.

4. Сосудодвигательныя и трофическія разстройства. Уменьшеніе или увеличеніе отдѣленія слюны и пота наблюдается часто. Впрочемъ, часть явленій, описанныхъ въ качествѣ трофическихъ разстройствъ, не что иное какъ послѣдствіе нечистоплотности въ связи съ кожной анэстезіей (эритемы, чирья, пролежни).

Съ другой стороны, уже незначительные травматизмы могутъ вызывать въ измѣненныхъ трофическими разстройствами органахъ весьма обширныя разрушенія. Такъ, decubitus acutissimus можетъ иногда образоваться на очень большомъ протяженіи въ теченіе одной ночи. Сюда же относятся переломы реберъ, переломы костей конечностей, артропатіи [2]) и гематомы (см. стр. 82—83).

Вѣсъ тѣла обыкновенно весьма сильно уменьшается въ ипохондрическомъ и маніакальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича. Наоборотъ, въ извѣстномъ періодѣ конечнаго стадія онъ часто замѣтно увеличивается, чтобы потомъ, незадолго до наступленія смерти, опять сильно понизиться, даже при вполнѣ достаточномъ пріемѣ пищи и при отсутствіи поноса.

5. Внутренніе органы въ очень многихъ случаяхъ общаго прогрессивнаго паралича не представляютъ никакихъ измѣненій: сифилитическія пораженія ихъ составляютъ исключеніе. Пульсъ по большей части правильный; въ позднѣйшихъ стадіяхъ сфигмографическая кривая обнаруживаетъ анакротическія и катакротическія поднятія и признаки, такъ называемаго pulsus tardus. Температура нормальна—за исключеніемъ послѣдняго стадія, гдѣ она часто ниже нормы, опускаясь иногда до 24°. Повышенія температуры всегда указываютъ на осложненія. Часто находятъ пептонурію, уменьшеніе количества мочевины, хлористыхъ соединеній и фосфорной кислоты въ мочѣ. Мѣсячныя не разстраиваются обыкновенно. Однако климактерическій періодъ наступаетъ по большей части преждевременно.

6. Паралитическіе припадки. Они появляются во всѣхъ стадіяхъ общаго прогрессивнаго паралича, зачастую уже въ первомъ, и бываютъ:

a) апоплектиформными,

b) эпилептиформными и

c) эпилептоидными.

Апоплектиформные припадки варіируютъ въ степени своей интенсивности: они проявляются то быстро преходящей двигательной или чувственной

---

[1]) *Moeli*, Arch. f. Psych. Bd. 8, 13 и 18.

[2]) *Westphal*, Charité-Annalen. Bd. 20.

афазіей, кратковременнымъ ослабленіемъ руки при писаніи или быстро исчезающимъ головокруженіемъ, могущимъ также сопровождать остальныя изъ только что названныхъ разстройствъ, то принимаютъ форму потери сознанія на нѣсколько часовъ или дней съ послѣдующими гемипарезами или гемиплегіями, также обыкновенно исчезающими черезъ нѣсколько часовъ или дней.

Эпилептиформные припадки по своей силѣ колеблятся между подергиваніемъ отдѣльныхъ членовъ, легчайшими формами *Jackson*'овской эпилепсіи и картиной классическаго эпилептическаго припадка, при частомъ повтореніи котораго можетъ наступить и status epilepticus.

Наконецъ, при эпилептоидныхъ припадкахъ бываетъ помраченіе или полное уничтоженіе сознанія съ совершенной пассивностью или съ стремленіемъ къ безцѣльной бѣготнѣ и пр. Появляются и сумеречныя состоянія сознанія.

Иногда къ паралитическому припадку присоединяется галлюцинаторный бредъ, напоминающій въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкогольный бредъ.

Паралитическіе припадки ускоряютъ теченіе болѣзни вреднымъ вліяніемъ, оказываемымъ ими какъ на тѣлесныя, такъ и на душевныя функціи. Смерть зачастую наступаетъ въ апоплектическомъ или эпилептическомъ припадкѣ.

Этіологія. Общій прогрессивный параличъ есть болѣзнь, поражающая все большее число жертвъ. Въ началѣ прошлаго столѣтія онъ былъ едва извѣстенъ, а въ настоящее время паціенты, страдающіе имъ, наполняютъ собою психіатрическія больницы, въ особенности частныя заведенія, а также и тѣ изъ оффиціальныхъ домовъ для умалишенныхъ, въ которые поступаютъ больныя изъ наиболѣе густо заселенныхъ центровъ государства.

Общій прогрессивный параличъ, болѣзнь просвѣщенныхъ народовъ, рѣдко встрѣчающаяся среди менѣе или совсѣмъ не цивилизованныхъ населеній. Она рѣже въ деревняхъ, чѣмъ въ большихъ городахъ, и значительно чаще поражаетъ мужчинъ, нежели женщинъ [1]), именно въ отношеніи 4 : 1. Изъ мужчинъ ею заболѣваютъ по преимуществу люди, принадлежащіе къ такъ называемымъ высшимъ сословіямъ, а изъ лицъ женскаго пола— большею частью женщины бѣдныхъ классовъ населенія. У мужчинъ излюбленный возрастъ для общаго прогрессивнаго паралича 35 — 40 лѣтъ. Въ позднѣйшемъ возрастѣ болѣзнь эта становится все рѣже и рѣже, составляя исключеніе послѣ 60 лѣтъ. Случаевъ общаго прогрессивнаго паралича въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастахъ [2]) за послѣдніе десятки лѣтъ накопилось довольно много: они почти всѣ находятся въ связи съ наслѣдственнымъ сифилисомъ. Довольно часто общій прогрессивный параличъ встрѣчается у обоихъ супруговъ (paralysis conjugalis) [3]). Приблизительно въ 75 % случаевъ прогрессивнаго паралича въ анамнезѣ

---

[1]) *Jahrmärker*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.
[2]) *Alzheimer*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 52.
[3]) *Mönkemöller*, Monatsschr. f. Psych. December 1900.

оказывается сифилисъ, пріобрѣтенный лѣтъ за 10—15 до появленія первыхъ обще-паралитическихъ симптомовъ. Такъ какъ въ общей массѣ населенія, среди людей того же возраста и живущихъ при тѣхъ же условіяхъ, какъ субъекты, становящіеся потомъ общими паралитиками, сифилисъ встрѣчается всего въ 15—18% случаевъ,—и въ этомъ отношеніи статистики дали въ разныхъ мѣстахъ существенно сходные результаты,—то не подлежитъ сомнѣнію, что сифилитическое зараженіе играетъ значительную роль въ этіологіи прогрессивнаго паралича. Однако, противъ мнѣнія, признающаго общій прогрессивный параличъ третичнымъ пораженіемъ мозга или метасифилитической атрофіей мозгового вещества, говорятъ слѣдующіе факты: у общихъ паралитиковъ ни въ мозгу, ни въ другихъ органахъ не находятъ, въ большинствѣ случаевъ, никакихъ сифилитическихъ измѣненій; у нихъ противосифилитическое леченіе остается безуспѣшнымъ и—обстоятельство, имѣющее особенно важное значеніе—въ изрядномъ процентѣ случаевъ, общій прогрессивный параличъ возникаетъ у субъектовъ, завѣдомо не имѣвшихъ никогда сифилиса. Такимъ образомъ сифилисъ играетъ въ этіологіи болѣзни, о которой рѣчь, только роль предрасполагающаго момента.

Другими словами, вредоносныя вліянія, фактически вызывающія общій прогрессивный параличъ, въ извѣстномъ числѣ случаевъ не были бы въ состояніи породить эту болѣзнь, если бы сопротивляемость нервной системы по отношенію къ нимъ не была ослаблена предшествующимъ сифилитическимъ зараженіемъ. Въ чемъ заключаются измѣненія, обусловливающія такое ослабленіе сопротивляемости нервной системы? Этого мы пока не знаемъ. Можетъ быть, его слѣдуетъ искать въ разстройствахъ эндосмоза и экзосмоза вслѣдствіе пораженія стѣнокъ мелкихъ сосудовъ.

Въ извѣстномъ числѣ случаевъ предрасположеніе создается наслѣдственностью, но послѣдняя далеко не имѣетъ для общаго прогрессивнаго паралича того значенія, которое она, какъ мы видѣли, представляетъ для функціональныхъ психозовъ.

Непосредственно вызывающія причины сводятся въ значительномъ числѣ случаевъ къ психическимъ моментамъ, каковы горе, заботы, обманутыя надежды, разные убытки и потери, непосильное для даннаго субъекта умственное напряженіе, половыя излишества и злоупотребленіе спиртными напитками—особенно послѣднее и, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, травматизмы головы.

Возникновеніе болѣзни никогда не бываетъ острое; развитію ея всегда предшествуютъ предвѣстники.

Теченіе общаго прогрессивнаго паралича обыкновенно хроническое, за исключеніемъ галопирующей формы, протекающей по большей части при картинѣ остраго бреда Чаще всего (приблизительно въ двухъ третяхъ случаевъ) болѣзнь принимаютъ слабоумную (дементную) форму. Случаи классической формы общаго прогрессивнаго паралича въ новѣйшее время становятся все рѣже.

Прогрессивное теченіе болѣзни зачастую прерывается ремиссіями, особенно при классической и депрессивной, а также и при восходящей формахъ. Ремиссіи эти могутъ производить впечатлѣніе выздоровленія и держаться мѣсяцами, даже годъ и долѣе. Во время ремиссій можно всегда замѣтить нѣкоторое ослабленіе прежней энергіи и усиленную внушаемость. Впрочемъ, при такихъ обстоятельствахъ, жены считаютъ своихъ мужей-паралитиковъ болѣе здоровыми въ душевномъ отношеніи, чѣмъ до заболѣванія.

Продолжительность болѣзни среднимъ числомъ 3—4 года, у мужчинъ, и 4—5 лѣтъ, у женщинъ. Двѣ трети паралитиковъ-мужчинъ умираетъ до истеченія второго года болѣзни. Въ совершенно исключительныхъ случаяхъ болѣзнь длится 8—10 лѣтъ [1]), иногда и дольше.

Исходы общаго прогрессивнаго паралича:

1. Выздоровленіе. Оно бываетъ крайне рѣдко, но наблюдалось несомнѣннымъ образомъ. Вообще же въ случаяхъ предполагаемаго выздоровленія обыкновенно имѣется дѣло только съ ремиссіями.

2. Смерть. Въ половинѣ случаевъ смерть наступаетъ во время паралитическаго припадка или же отъ пролежня, паралича мочевого пузыря, ипостатической пневмоніи, истощенія; далѣе—отъ несчастной случайности (задушеніе вслѣдствіе паралича глотательныхъ мышцъ, отъ раненій и ихъ послѣдствій), иногда отъ самоубійства уже въ первомъ стадіи болѣзни.

Патологическая анатомія.

Наиболѣе частыя *микроскопическія* измѣненія [2]) при общемъ прогрессивномъ параличѣ—исчезновеніе diploe при утолщеніи черепныхъ костей, увеличеніе вѣса послѣднихъ, pachymeningitis externa et interna, утолщеніе и простое помутнѣніе паутинной оболочки (иногда встрѣчается, впрочемъ, и молочное помутнѣніе), особенно въ переднихъ частяхъ головного мозга, сращеніе паутинной оболочки съ мозговой корой, а также съ твердой мозговой оболочкой и съ черепнымъ сводомъ, по преимуществу въ области центральныхъ извилинъ, атрофія коркового слоя головного мозга (лобныхъ, рѣже другихъ долей), грануляціи эпендимы и, наконецъ, hydrocephalus internus et externus.

Вѣсъ мозга обыкновенно уменьшенъ; правое полушаріе мозга часто тяжелѣе лѣваго.

Микроскопическое изслѣдованіе [3]) при хронически протекающемъ общемъ прогрессивномъ параличѣ обнаруживаетъ въ корковомъ слоѣ головного мозга умноженіе числа ядеръ нейрогліи, утолщеніе, иногда волокнистое перерожденіе и сморщиванія нейрогліи. Нервныя клѣтки малы,

[1]) *Lustig*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 57.

[2]) *Näcke*, Makroskopische Hirnbefunde bei männlichen Paralytikern. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, S. 619, 1900.

[3]) *Biswanger*, Pathologische Histologie der Grosshirnrindenerkrankungen. Jena 1893.

склеротичны, часто пигментированы и лишены хромофильнаго вещества. Замѣчается исчезновеніе нервныхъ волоконъ, сначала по преимуществу такъ называемыхъ касательныхъ или тангенціальныхъ (*Tuczek*). Подобныя же измѣненія оказываются въ большихъ гангліяхъ мозга, особенно въ зрительныхъ чертогахъ (*Lissauer*), также въ мозжечкѣ (*Weigert*). Въ сосудахъ имѣется часто атероматозное, рѣдко стекловидное перерожденіе; въ капиллярахъ находятъ чрезмѣрное расширеніе ихъ просвѣта съ увеличеніемъ размѣра ядеръ и утолщеніемъ стѣнокъ (*Kronthal*); иногда видны новообразованные сосуды.

Гнѣздныя пораженія рѣдки.

Спинной мозгъ [1]) при продолжительномъ уже существованіи болѣзни представляетъ всегда измѣненія въ видѣ перерожденія, по большей части комбинированнаго, заднихъ или боковыхъ столбовъ (*Fürstner*), вторичное перерожденіе пирамидальныхъ путей, разлитой міэлитъ. Часто также встрѣчаются процессы перерожденія въ переднихъ и заднихъ корешкахъ и въ периферическихъ нервахъ, включая сюда и головные нервы, особенно зрительные.

Имѣютъ-ли перечисленныя анатомо-патологическія измѣненія исходной своей точкой сосудистую систему (encephalitis interstitialis diffusa)—какъ я это принимаю для значительнаго большинства случаевъ и какъ призналъ недавно *Robertson*—обусловлены-ли они первичнымъ процессомъ перерожденія нервныхъ элементовъ, или же одновременнымъ дѣйствіемъ болѣзнетворной причины на сосудистыя стѣнки и на нервы? Этого въ настоящее время рѣшить невозможно.

Можетъ быть различія въ клинической картинѣ и въ теченіи общаго прогрессивнаго паралича и находятся въ связи съ различіями въ патолого-анатомическомъ развитіи болѣзни.

Распознаваніе. Въ случаяхъ далеко зашедшаго общаго прогрессивнаго паралича очень часто можно распознать болѣзнь уже при входѣ пацієнта въ комнату, именно по слабоумному выраженію лица, по безпомощнымъ движеніямъ, по поклону больного и по характерной рѣчи.

Въ болѣе раннихъ стадіяхъ при различительномъ распознаваніи надобно принимать въ соображеніе слѣдующія формы психическихъ разстройствъ.

1. Функціональные психозы, въ особенности маніи, депрессивныя состоянія, циркулярный психозъ и, въ исключительныхъ случаяхъ, параною. Дифференціально-діагностическими моментами при этомъ служатъ:

a) Существованіе умственной слабости, чуждое упомянутымъ психозамъ до перехода ихъ въ слабоуміе и замѣтное уже въ раннихъ стадіяхъ общаго прогрессивнаго паралича.

b) Въ особенности наличность паралитическихъ симптомовъ, измѣненія рефлексовъ (рефлекторная окоченѣлость зрачковъ, отсутствіе чашечковыхъ

[1]) *Fürstner*, Spinale Veränderungen bei progressiver Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 33, S. 939.

рефлексовъ и пр.) и свойственныхъ общему прогрессивному параличу разстройствъ рѣчи.

с) Появленіе паралитическихъ припадковъ, которые въ сомнительныхъ случаяхъ могутъ имѣть иногда рѣшающее значеніе для распознаванія общаго прогрессивнаго паралича.

2. Интоксикаціонные психозы. Тутъ особенно важную роль играетъ хроническій алкоголизмъ (см. алкогольный псевдопараличъ, стр. 198). На почвѣ хроническаго алкоголизма можетъ, впрочемъ, возникать и общій прогрессивный параличъ, а душевное разстройство при послѣднемъ можетъ, въ свою очередь, вести къ алкоголизму.

Изъ хроническихъ отравленій по отношенію къ различительному распознаванію надобно еще имѣть въ виду отравленія бромомъ, сульфоналомъ, тріоналомъ и т. п. Средства эти при злоупотребленіи ими могутъ вызывать слабоуміе, значительное ослабленіе памяти и способности подмѣчанія, утрату чашечковаго рефлекса, атаксію и даже разстройства рѣчи вродѣ наблюдаемыхъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ. Нѣтъ, однако, рефлекторной окоченѣлости зрачковъ. Улучшеніе состоянія больного послѣ прекращенія употребленія лекарства, вызвавшаго эти явленія отравленіе, не замедлитъ выяснить діагностику.

Encephalopathia saturnina отличается отъ общаго прогрессивнаго паралича по анамнезу, по наличности свинцовой колики и свинцоваго паралича, а также по умѣренной степени и по непрогрессивному характеру слабоумія. Наконецъ, при ней нѣтъ паралитическихъ разстройствъ рѣчи, нѣтъ обыкновенно и зрачковыхъ разстройствъ.

Мочекровіе можетъ также симулировать клиническую картину общаго прогрессивнаго паралича, отличаясь отъ послѣдняго частою рвотой, астматическими явленіями, присутствіемъ въ мочѣ бѣлка и цилиндровъ, наличностью характернаго пораженія сѣтчатки (retinitis albuminurica), отсутствіемъ рефлекторной неподвижности зрачковъ и разстройствъ рѣчи.

3. Для различительнаго распознаванія общаго прогрессивнаго паралича отъ другихъ органическихъ пораженій мозга имѣютъ также значеніе слѣдующія обстоятельства:

а) За сифилитическое заболѣваніе мозга говоритъ существованіе длительныхъ параличей глазныхъ мускуловъ въ раннихъ и въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни (при общемъ прогрессивномъ параличѣ наблюдаются лишь преходящіе параличи этого рода), оптическій невритъ (при общемъ прогрессивномъ параличѣ бываетъ лишь простая первичная атрофія зрительнаго нерва, но невритъ встрѣчается рѣдко), преходящія гемиплегіи, преходящіе, смѣняющіе другъ друга моноплегіи и моноспазмы, также частая смѣна психическихъ разстройствъ. При сифилитическомъ пораженіи мозга по большей части не имѣется распространенной иноанальгезіи или анальгезіи, а разстройства рѣчи и письма не настолько выражены, какъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ.

Фактъ существованія вторичныхъ или третичныхъ сифилитическихъ

симптомовъ со стороны внутреннихъ органовъ или кожи говоритъ за сифилисъ мозга и противъ общаго прогрессивнаго паралича. Молодой возрастъ больного (30 и меньше) указываетъ скорѣе на сифилитическое заболѣваніе, хотя и не исключаетъ, конечно, общаго прогрессивнаго паралича.

b) За старческое слабоуміе (dementia senilis) и противъ общаго прогрессивнаго паралича говорятъ престарѣлый возрастъ больного (за 65 лѣтъ), наличность своеобразнаго разстройства памяти, при которомъ больной хорошо помнитъ отдаленное прошлое, но утратилъ способность припоминанія и подмѣчанія всего только что случившагося; далѣе — по большей части подавленное и весьма раздражительное, капризное настроеніе слабоумныхъ отъ старости, тогда какъ при форменномъ общемъ прогрессивномъ параличѣ больной обыкновенно отличается легкою внушаемостью, отвлекаемостью. Старческое слабоуміе обыкновенно протекаетъ значительно медленнѣе, чѣмъ общій прогрессивный параличъ, обнаруживая сильныя колебанія въ психическомъ состояніи, причемъ нѣтъ паралитическихъ разстройствъ рѣчи и лишь сравнительно рѣдко бываетъ рефлекторная неподвижность зрачковъ.

Вообще же попадаются случаи, особенно въ возрастѣ отъ 60 до 65 лѣтъ, въ которыхъ невозможно твердо установить распознаваніе.

c) За гнѣздныя пораженія мозга говорятъ явные гнѣздные симптомы, которыхъ вообще нѣтъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ и гдѣ они появляются развѣ вслѣдъ за паралитическими припадками, да и то преходящимъ образомъ. Попадаются, впрочемъ, случаи общаго прогрессивнаго паралича, осложненнаго гнѣздными мозговыми пораженіями (апоплектическими фокусами).

При гнѣздныхъ пораженіяхъ мозга имѣется обыкновенно рѣзкое ощущеніе болѣзненнаго состоянія, а слабоуміе рѣдко столь выражено, какъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ.

При наличности множественныхъ гнѣздныхъ пораженій головного и спинного мозга (напр. въ случаяхъ множественнаго склероза или сифилитическихъ новообразованій) распознаваніе въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни можетъ стать весьма затруднительнымъ и даже невозможнымъ Здѣсь главныя указанія даетъ по большей части анамнезъ.

Предсказаніе при общемъ прогрессивномъ параличѣ неблагопріятно. Тѣмъ не менѣе слѣдуетъ принимать во вниманіе возможность продолжительныхъ ремиссій.

Потомки общихъ паралитиковъ нерѣдко обнаруживаютъ ненормальности умственнаго развитія и поражаются иногда серьезными психическими разстройствами, у нихъ зачастую рѣзко выражены тѣлесные и душевные признаки вырожденія.

Заключаемые общими паралитиками браки въ сравнительно большомъ числѣ случаевъ (около 25%) остаются безплодными. Замѣтимъ, что число бездѣтныхъ браковъ среди совокупности населенія колеблется, въ среднемъ, между 10 и 12%.

Леченіе. При слабоумной формѣ общаго прогрессивнаго паралича больной иногда уже въ раннемъ стадіи нуждается въ помѣщеніи въ заведеніе изъ-за наклонности къ безнравственнымъ поступкамъ. При далеко зашедшемъ слабоуміи помѣщеніе въ заведеніе становится необходимымъ, когда уходъ и надзоръ за больнымъ на дому не могутъ быть проведены въ достаточной мѣрѣ.

Депрессивныя и маніакальныя формы болѣзни требуютъ помѣщенія въ заведеніе по тѣмъ же причинамъ, что и случаи меланхоліи и маніи.

Когда общему прогрессивному параличу предшествовалъ сифилисъ, причемъ слабоуміе не достигло еще значительной степени и общее питаніе больного не очень пострадало, слѣдуетъ испробовать дѣйствіе ртутныхъ втираній: ежедневно втираютъ 2,0—3,0 сѣрой мази, пока не вотрутъ всего 120,0 ея.

Случаи, въ которыхъ получается улучшеніе или хотя пріостановка въ развитіи болѣзни отъ ртутнаго леченія или отъ іодистаго калія, эрготина, отвлеченій на кожу и пр., принадлежатъ, впрочемъ, къ рѣдкимъ исключеніямъ. Отправленіе общихъ паралитиковъ въ разные курорты безполезно и даже вредно: путешествіе и перемѣна условій жизни только возбуждаютъ больного.

Ванны въ 26° Реомюра съ прибавкой двухъ—трехъ килограммовъ поваренной соли (на дому или въ заведеніи) приносятъ пользу.

Отъ хирургическихъ вмѣшательствъ слѣдуетъ воздерживаться (противъ общаго прогрессивнаго паралича была предложена, какъ извѣстно, трепанація).

Вообще приходится по большей части ограничиться симптоматическимъ леченіемъ, соображаясь съ состояніемъ больного въ каждый данный моментъ. Надобно заботиться объ обильномъ питаніи при употребленіи большого количества молока и чистоплотномъ содержаніи больного. Особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на появленіе пролежней и на состояніе мочевого пузыря (см. стр. 78 и 124). Слѣдуетъ также принимать мѣры для опорожненія кишечника. При состояніяхъ возбужденія назначаютъ постельное содержаніе, тріоналъ, сульфоналъ, хлоралъ-гидратъ, и даже подкожныя впрыскиванія морфія.

b) *Старческое слабоуміе, старческая атрофія мозга, dementia senilis* [1]).

Старческое слабоуміе начинается обыкновенно безсонницей, припадками головокруженія, которые могутъ усилиться до степени эпилептическихъ состояній, обмороками, парэстезіями въ рукахъ и ногахъ, раздражительностью, гнѣвливостью, ослабленіемъ памяти, особенно для только что случившихся и недавнихъ событій, причемъ для событій отдаленнаго прошлаго память долго остается вѣрной, иногда даже поразительно вѣрной. Къ этому присоединяются ипохондрическія жалобы съ преобладаніемъ

[1]) *Alzheimer*, Sammelreferat in Monatschr. f. Psych. 1898. *Wille*, Zeitschr. f. Psych. Bd. 30, *Fürstner*, Arch. f. Psych. 1889. Bd. 20.

эгоистическихъ стремленій и все усиливающимся подавленіемъ альтруистическихъ чувствъ. Отсюда получается усиленная скупость по отношенію къ другимъ въ соединеніи, порой, съ безмысленной расточительностью для доставленія себѣ удовольствій и наслажденій. Въ послѣднемъ отношеніи особенно ярко выступаютъ эротическія побужденія. Для удовлетворенія имъ тратятся большія суммы, дается обѣщаніе жениться и заключаются даже браки, причемъ жертвуется интересами положенія, дѣтей и пр.

Тяжелыя психическія разстройства сначала проявляются по большей части только ночью. Больной не ложится въ постель или, едва успѣвъ лечь, встаетъ, расхаживаетъ по дому, запираетъ все, забаррикадировывается; повременамъ у него возникаютъ преходящія иллюзіи и галлюцинаціи: онъ видитъ людей, собирающихся ворваться въ домъ или проникнуть къ его женѣ для совершенія съ нею разныхъ безнравственныхъ поступковъ.

Днемъ больной разсказываетъ объ этихъ галлюцинаціяхъ, какъ о дѣйствительныхъ событіяхъ, производя во всемъ остальномъ впечатлѣніе душевно-здороваго, вполнѣ оріентированнаго субъекта. Вслѣдствіе болѣзненно измѣненныхъ отношеній его къ внѣшнему міру онъ нерѣдко измѣняетъ ранѣе составленное имъ духовное завѣщаніе. Мысль о томъ, что дѣти нетерпѣливо ждутъ его смерти, желая даже ускорить наступленіе ея, подтверждается и еще усиливается въ его глазахъ тѣмъ, что домашніе его дѣйствительно часто противорѣчатъ ему, стараясь удержать его отъ неразумныхъ поступковъ. Свидѣтели, допрашиваемые относительно дѣйствительности духовнаго завѣщанія, въ доказательство правоспособности и душевнаго здоровья умершаго часто ссылаются на хорошо сохранившуюся у него память о событіяхъ отдаленнаго прошлаго, ранней молодости. Въ этомъ стадіи дѣло нерѣдко доходитъ и до наказуемыхъ закономъ проступковъ и преступленій полового характера.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наблюдаются крайняя болтливость, конфабуляціи, значительное умственное ослабленіе, утрата способности оріентироваться въ пространствѣ и времени, страхъ быть оставленнымъ на улицѣ въ безпомощномъ состояніи, нарушеніе правилъ приличія небрежностью костюма, нечистоплотностью при ѣдѣ, питьѣ и удовлетвореніи другихъ физическихъ потребностей; загрязненіе одеждъ и постели вслѣдствіе ослабленія сфинктеровъ.

Апоплектическіе припадки влекутъ за собой еще большее ослабленіе умственныхъ способностей.

Конечной картиной является апатическое слабоуміе, при которомъ старикъ впадаетъ въ дѣтство.

Принимая во вниманіе наличность или отсутствіе тѣлесныхъ симптомовъ, описывали старческое слабоуміе съ гнѣздными мозговыми симптомами или безъ оныхъ. При первомъ наблюдаются гемиплегіи, также параплегіи, обусловленныя апоплектическими кровоизліяніями или фокусами размягченія отъ тромбовъ.

Частная симптоматологія.

Иллюзіи и галлюцинаціи часты въ раннихъ стадіяхъ старческаго слабоумія, особенно въ сферѣ зрѣнія. Преходящимъ образомъ появляются и массовыя галлюцинаціи во всѣхъ органахъ чувствъ, въ сопровожденіи значительнаго затемнѣнія сознанія. Такія состояніе появляются въ особенности ночью.

Умственныя способности постепенно слабѣютъ. Бываютъ меланхолическія бредовыя представленія (бредъ прегрѣшенія), еще чаще ипохондрическія, иногда маніакальныя и ипоманіакальныя состоянія; наконецъ, возникаютъ и паранойныя бредовыя представленія съ характеромъ преслѣдованія, съ которыми могутъ сочетаться и идеи величія.

Часто наблюдается быстрый переходъ въ дѣйствіе внезапныхъ, ничѣмъ неподавляемыхъ импульсовъ. Насильственность такихъ поступковъ стоитъ въ рѣзкомъ противорѣчіи съ обычной апатіей больного.

О разстройствахъ памяти уже упоминалось. При нихъ, особенно въ началѣ старческаго слабоумія, имѣется по преимуществу дѣло съ ослабленіемъ способности подмѣчанія: больной не знаетъ, что онъ только что поѣлъ, что у него только что были гости и пр.

Тѣлесные симптомы.

Дрожаніе головы, языка и конечностей, согбенное положеніе тѣла и (въ болѣе позднемъ стадіи) вышеупомянутые параличи конечностей—таковы обыкновенно сопутствующія старческому слабоумію явленія. Къ этому присоединяется значительная узость, а также и неравенство зрачковъ, рѣдко рефлекторная ихъ неподвижность (*Siemerling* и *Moeli*). Сухожильные рефлексы сначала усилены; затѣмъ они ослабляются и даже исчезаютъ; ослабляются также и кожные рефлексы. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ показывается параличъ мочевого пузыря и прямой кишки. Кромѣ того, имѣются на-лицо обычныя старческія измѣненія, особенно въ органахъ чувствъ и въ сосудистой системѣ.

Начальная безсонница уступаетъ позднѣе мѣсто продолжительному сну. Часты припадки нарколепсіи, при которыхъ больные засыпаютъ днемъ во всякій моментъ и во всякомъ мѣстѣ, тогда какъ ночи они проводятъ безъ сна.

Какъ и при общемъ прогрессивномъ параличѣ, появляются паралитическіе припадки.

Этіологія. Старческое слабоуміе начинается обыкновенно не ранѣе 65 лѣтъ, у женщинъ же нѣсколько позже. Преждевременное наступленіе старческихъ измѣненій мозга, обусловливающихъ собою dementia senilis, можетъ вызываться и до 65-лѣтняго возраста наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, тяжелыми соматическими болѣзнями, злоупотребленіемъ спиртными напитками и психическими причинами (горе, заботы, потеря близкихъ людей).

Теченіе старческаго слабоумія иногда весьма затяжное, продолжающееся лѣтъ десять и долѣе, причемъ наблюдаются ремиссіи и экзацербаціи. Исходъ въ смерть—внезапную отъ апоплектическаго припадка или медленную отъ маразма. Иногда, особенно въ первомъ стадіи болѣзни, случается самоубійство. Больной можетъ погибнуть и отъ интеркуррирующей болѣзни (пневмоніи).

Патологическая анатомія.

Характерное для старческаго слабоумія анатомо-патологическое измѣненіе заключается въ разлитомъ склерозѣ мозговыхъ артерій, часто въ сопровожденіи стекловидно-фибрознаго перерожденія. Крупные сосуды остаются иногда интактными: поражаются лишь мелкіе и волосные сосуды. Кости черепа часто утолщены, причемъ рѣзче выступаетъ diploe (malum senile). По большей части находятъ pachymeningitis externa et interna, нерѣдко въ сопровожденіи гематомы; помутнѣнія паутинной оболочки, отложенія известковыхъ пластинокъ, объемистыя Пахіоновы грануляціи, атрофію коркового слоя мозга (особенно лобныхъ долей) и грануляцій эпендимы. Въ одной трети случаевъ въ мозгу оказываются геморрагическія или тромботическія размягченія: находятъ также склеротическія измѣненія спинного мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ атрофичномъ мозгу замѣчаютъ разрощенія неврогліи, иногда въ сочетаніи съ просовиднымъ склерозомъ коркового слоя, исчезновеніе тангенціональныхъ нервныхъ волоконъ и уменьшеніе числа нервныхъ клѣтокъ при атрофично-пигментномъ перерожденіи и хроматолизѣ сохранившихся клѣтокъ. Тончайшіе сосуды и волосники зачастую оказываются запустѣлыми, превращенными въ простые тяжи. Въ периферическихъ нервахъ имѣются признаки дегенеративнаго неврита.

Не всякій психозъ въ старческомъ возрастѣ есть непремѣнно dementia senilis. Всѣ другія формы душевнаго разстройства, въ томъ числѣ излечимыя, могутъ возникать въ старости. Медленное развитіе психоза и прогрессивное ослабленіе памяти имѣютъ для распознаванія старческаго слабоумія рѣшающее значеніе.

Отъ гнѣздныхъ заболѣваній головного мозга старческое слабоуміе отличается отсутствіемъ фокусныхъ мозговыхъ симптомовъ или же—гдѣ эти симптомы на-лицо—характернымъ теченіемъ, въ особенности позднимъ наступленіемъ признаковъ гнѣзднаго пораженія, которымъ всегда предшествуютъ характерныя для dementia senilis психическія разстройства.

По части различительнаго распознаванія отъ общаго прогрессивнаго паралича см. дифференціальную діагностику при этой послѣдней болѣзни.

Предсказаніе неблагопріятно.

Леченіе чисто симптоматическое. Не слѣдуетъ запрещать умѣреннаго потребленія обычныхъ возбуждающихъ, каковы кофе, пиво, вино.

Для успокоенія больного назначаютъ подкожныя впрыскиванія морфія

или даютъ внутрь опій. Въ случаѣ коллапса прибѣгаютъ къ подкожнымъ впрыскиваніямъ камфоры.

Безпокойство больного и его наклонность къ безнравственнымъ поступкамъ — а у паціентовъ изъ бѣдныхъ классовъ населенія недостатокъ присмотра и ухода на дому—составляютъ показанія для помѣщенія въ психіатрическое заведеніе.

c) *Психозы отъ склероза артерій* [1]).

На почвѣ быстро развивающагося склероза въ системѣ аорты наблюдаютъ, особенно у мужчинъ въ возрастѣ 55—60 лѣтъ, появленіе простой меланхоліи (melancholia simplex) въ сопровожденіи сердцебіенія, ускоренія или перебоевъ пульса, незначительной альбуминуріи, припадковъ страха, самообвиненій, мыслей о самоубійствѣ. Разстройства эти исчезаютъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Къ этому времени незамѣтныя дотолѣ измѣненія въ сосудистой системѣ становятся явными (мужской климактерій). Въ другихъ случаяхъ артеріосклерозъ ведетъ къ атрофіи мозга, причемъ возникаетъ картина старческаго слабоумія въ сравнительно еще молодомъ возрастѣ (55—60 лѣтъ)—преждевременная старость (senescentia praematura), или же картина слабоумной формы общаго прогрессивнаго паралича. Отъ послѣдняго старческій психозъ на почвѣ артеріосклероза отличается, впрочемъ, позднимъ появленіемъ, отсутствіемъ рефлекторной окоченѣлости зрачковъ и паралитическихъ разстройствъ рѣчи, сильнымъ развитіемъ артеріосклеротическихъ измѣненій въ видимыхъ и легко прощупываемыхъ артеріяхъ, а также въ сердцѣ и въ почкахъ (сморщенная артеріосклеротическая почка), умѣренной степенью слабоумія при сильномъ пораженіи памяти и сильномъ же ощущеніи болѣзненнаго состоянія, отсутствіемъ явственныхъ бредовыхъ представленій и весьма медленнымъ, хотя и прогрессивнымъ теченіемъ.

Леченіе сводится къ борьбѣ съ артеріосклерозомъ.

Въ теченіе дрожательнаго паралича (paralysis agitans) наблюдаются меланхолическія состоянія, послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго существованія которыхъ показываются признаки старческаго слабоумія. Острый геморрагическій энцефалитъ иногда протекаетъ при картинѣ остраго бреда.

Пахименингитическіе психозы.

Пахименингитъ при наличности гематомы или безъ нея можетъ сопровождать самыя различныя мозговыя заболѣванія.

Тамъ, гдѣ онъ составляетъ главную анатомическую основу психоза, послѣдній начинается обыкновенно сильными головными болями съ глубокимъ угнетеніемъ, ослабленіемъ памяти и умственныхъ способностей. Разстройства эти иногда прогрессируютъ очень медленно, не измѣняясь годами; въ другихъ случаяхъ скоро наступаетъ летальный исходъ при рвотѣ и паралитическихъ

[1]) *Alzheimer*, Sammelreferat. Monatschr. f. Psych. 1898.

явленіяхъ. Подобные случаи наблюдаются у алкоголиковъ, послѣ травмъ, у туберкулезныхъ и кахектичныхъ субъектовъ.

d) *Сифилитическіе психозы* [1]).

О сифилисѣ, какъ объ этіологическомъ моментѣ была уже рѣчь на стр. 100.

Органическіе сифилитическіе психозы могутъ вызываться [1]):

1. Сифилитическими пораженіями мозговыхъ артерій (эндартеріитъ, періартеріитъ съ послѣдующимъ тромбозомъ и гнѣздами размягченія).

2. Гуммозными опухолями мозга.

3. Развитыми, зачастую множественными сифилитическими заболѣваніями мозга и его серозныхъ оболочекъ (гуммозный менинго-энцефалитъ; мѣстный сифилитическій менингитъ, исходящій изъ trigonum intercrurale).

Разныя эти формы часто сочетаются между собою.

При всѣхъ ихъ имѣется стадій предвѣстниковъ, выражающійся головными болями, нарушеніемъ сна, параличами глазныхъ мышцъ, преходящими параличами конечностей, неполными разстройствами зрѣнія.

Поздняя картина болѣзни очень варіируетъ, иногда даже въ своихъ соматическихъ симптомахъ—въ связи съ различіями въ локализаціи и въ распространеніи болѣзненнаго процесса. Апоплектиформные и даже апоплектическіе приступы, въ особенности въ сопровожденіи правосторонней гемиплегіи и афазіи (endarteriitis arteriae fossae Sylviae sinistrae), *Jackson*'овская эпилепсія, эпилептоидныя состоянія съ умственной запутанностью, напоминающей опьянѣніе, и галлюцинаціями, а также эпилептическіе припадки, встрѣчаются нерѣдко. Разстройства рѣчи носятъ обыкновенно характеръ дисфазій и дизартрій, но не запинанія на слогахъ. Органическимъ сифилитическимъ психозамъ свойственно вообще ослабленіе умственныхъ способностей и памяти. Съ этимъ могутъ сочетаться симптомы галлюцинаторнаго бреда, ипохондрической меланхоліи, также смѣна маніакальнаго возбужденія и угнетенности; рѣдко появляется бредъ паранойнаго характера. Во многихъ случаяхъ, наконецъ, болѣзнь протекаетъ при картинѣ прогрессивнаго слабоумія (pseudoparalysie syphilitique—*Fournier*).

Различительное распознаваніе отъ общаго прогрессивнаго паралича (см. на стр. 216—218).

Иногда, особенно послѣ противосифилитическаго леченія, болѣзнь пріостанавливается: остается состояніе умѣренной умственной слабости при недостаткѣ энергіи.

Сифилитическій психозъ можетъ развиться внезапно вслѣдъ за апоплектическимъ или эпилептическимъ припадкомъ.

Теченіе и продолжительность психоза опредѣляются локализаціей и распространеніемъ сифилитическаго процесса.

Предсказаніе всегда сомнительно, такъ какъ на успѣхъ специфическаго леченія разсчитывать нельзя.

---

[1]) *Jolly*, Klinische Wochenschr. 1/1901.

[2]) *Meyer*, Sammelreferat im Centralblatt f. allg. Pathologie und path. Anatomie. 1898.

Леченіе должно быть направлено противъ сифилиса, причемъ слѣдуетъ отдавать предпочтеніе продолжительному употребленію ртути въ малыхъ дозахъ передъ методами, дѣйствующими черезчуръ энергично. Лучше всего назначать ежедневныя втиранія по 3,0 сѣрой мази до потребленія всего 150,0 ея. Если ртуть останется безъ дѣйствія, то надобно испытать іодистый калій въ большихъ дозахъ (1,50—4,0 дважды въ день) или іодипинъ (три чайныя ложки въ сутки). Въ застарѣлыхъ случаяхъ полезно леченіе Циттманновскимъ декоктомъ. Для послѣдующаго леченія можно рекомендовать холодную гидротерапію.

Наслѣдственный сифилисъ можетъ вызывать:

1. Состоянія имбецильности и идіотизма (см. стр. 135).

2. Общій прогрессивный параличъ въ дѣтскомъ возрастѣ (см. стр. 213).

3. Семейственное прогрессивное слабоуміе (Homén). Начинается оно въ 12—20-лѣтнемъ возрастѣ ощущеніемъ утомленія, головными болями, головокруженіемъ; потомъ появляются атаксія, дрожаніе, контрактуры, замедленіе рѣчи, ослабленіе умственныхъ способностей и памяти.

Во всѣхъ такихъ случаяхъ показанъ опытъ леченія ртутными втираніями.

2. Психозы, вызываемые гнѣздными пораженіями головного мозга.

а) *Психозы послѣ апоплектическихъ инсультовъ.*

Мозговыя апоплексіи часто вызываютъ, рядомъ съ незначительнымъ ослабленіемъ умственныхъ способностей, усиленную раздражительность, плаксивое настроеніе, болтливость, легкую податливость вліяніямъ и, съ другой стороны, непреодолимое упрямство въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ. Иногда болѣзненность душевнаго настроенія выражается по преимуществу въ половой сферѣ (покушенія на нравственность). На этой почвѣ часто развиваются меланхолическія или ипохондрически-меланхолическія состоянія угнетенія, также бредовыя представленія паранойнаго характера. Повторные апоплектическіе инсульты, особенно отъ эмболій и тромбозовъ съ послѣдующими процессами размягченія, нерѣдко порождаютъ картину, похожую, по психическимъ разстройствамъ, на старческое слабоуміе, но при наличности соматическихъ признаковъ гнѣзднаго пораженія мозга (афазіи, гемиплегіи, геміанопсіи и пр.). Послѣ геморрагической или тромботической формъ апоплексіи можетъ возникнуть преходящимъ образомъ состояніе афазической запутанности (затемнѣніе сознанія съ изъянами памяти и парафазическими разстройствами рѣчи).

b) *Психическія разстройства отъ опухолей мозга* [1]).

Изъ опухолей мозга, служащихъ причиной психозовъ, чаще всего наблюдаются гліомы, саркомы, карциномы, фибромы, холестеатомы и туберкулы.

Наличность такихъ новообразованій можетъ сказываться, помимо сома-

[1]) *Kaplan*, Neurol. Centralbl. 1897. *Gianelli*, ibid.

тическихъ явленій (застойный сосочекъ зрительнаго нерва и пр.), слѣдующими душевными разстройствами:

1. Появляются повременамъ быстро преходящія галлюцинаціи, стоящія иногда въ связи съ локализаціей опухоли (галлюцинаціи зрѣнія при опухоляхъ затылочной мозговой доли и пр.). Больной часто сознаетъ, что это обманы чувствъ.

2. Ослабленіе памяти и умственныхъ способностей, часто только въ видѣ нѣкоторой медленности ихъ при легкой забывчивости, затуманеніи и своеобразно тупомъ выраженіи лица. Иногда наблюдается наивно-дѣтское настроеніе (moria).

3. Нѣкоторая неустойчивость настроенія духа съ легкой раздражительностью, при смѣнѣ смѣха и рыданій.

Рѣдко попадаются вполнѣ развитыя картины болѣзни съ массовыми галлюцинаціями, меланхолическими или паранойными бредовыми представленіями, эпилептоидными сумеречными состояніями сознанія; чаще встрѣчается прогрессивное слабоуміе, особенно тамъ, гдѣ имѣются множественныя гнѣздныя пораженія.

Вообще психическія разстройства при опухоляхъ мозга характеризуются сильнымъ ощущеніемъ болѣзненнаго состоянія и нѣкоторымъ проясненіемъ сознанія въ промежуткахъ между припадками, отличающимися обиліемъ бредовыхъ представленій.

Подобныя же душевныя разстройства могутъ обусловливаться цистицерками, эхинококками (здѣсь часты эпилептическіе припадки и необходимо изслѣдовать кожу и глаза на присутствіе пузырчатыхъ глистъ), мозговыми гнойниками (причемъ возникаетъ галлюцинаторный бредъ) и множественнымъ склерозомъ.

По одному психическому разстройству невозможно опредѣлить локализацію мозговыхъ пораженій, хотя вообще извѣстно, что гнѣздные процессы лобныхъ долей мозга особенно часто сопровождаются психическими разстройствами.

Распознаваніе локализаціи можетъ обосновываться только на соматическихъ явленіяхъ.

Наконецъ, не надобно упускать также изъ виду возможности осложненія душевныхъ болѣзней опухолями мозга.

Прибавленіе.

Психозы отъ травматическихъ поврежденій [1]).

Травмы могутъ вызывать появленіе душевныхъ болѣзней различными путями:

1. Нарушая развитіе мозга. Такъ, имбецильность и идіотизмъ могутъ обусловливаться травматическими поврежденіями головы ребенка еще во

---

[1]) *Guder*, Jena 1886. *Moeli*, Arch. f. Psych. Bd. 12. *Wille*, Arch. f. Psych. Bd. 8. *Troeger*, Friedreich's Blätter f. ger. Medicin 1901.

чревѣ матери или при родахъ, или же въ позднѣйшемъ дѣтскомъ возрастѣ.

2. Вызывая въ развивающемся еще мозгѣ особое болѣзненное состояніе, которое можетъ и не сопровождаться никакими замѣтными пораженіями: нѣтъ ни перелома tabulae vitreae или костей при основаніи черепа, ни кровотеченій въ вещество мозга или въ мозговыя оболочки. Непосредственно послѣ травматизма можетъ также не быть признаковъ сотрясенія мозга: нѣтъ коматознаго состоянія, расширенія зрачковъ, замедленія пульса и дыханія. Но по большей части признаки эти имѣются на-лицо тамъ, гдѣ впослѣдствіи развиваются психическія разстройства.

3. Уже одна внезапность и насильственность обстоятельствъ, сопровождавшихъ травматизмъ (взрывы, желѣзнодорожныя катастрофы и пр.) можетъ вызвать—и при отсутствіи всякаго раненія головы или при незначительномъ только раненіи ея или другихъ частей тѣла—молекулярное измѣненіе мозга, ведущее къ душевнымъ разстройствамъ (психозы отъ страха, Schreckpsychosen—*Kraepelin*'a, railway-brain). Связующее звено между раненіемъ и психическимъ разстройствомъ составляетъ тогда такъ называемый shock.

При шокѣ различаютъ два стадія: торпидный и слѣдующій обыкновенно за нимъ эретическій стадій. Первый отличается впалымъ, блѣднымъ лицомъ, широкими, лѣнивыми зрачками, едва ощутимымъ и неправильнымъ пульсомъ, пониженіемъ температуры до 36° и даже до 35°,5 и холоднымъ потомъ при жалобахъ больного на ощущеніе похолоданія и обморока, но безъ пораженія сознанія. При второмъ стадіи больной стонетъ, кричитъ, ощущаетъ страхъ, бросается изъ стороны въ сторону, причемъ пульсъ и дыханіе учащены.

Каждый изъ этихъ двухъ стадіевъ можетъ существовать и въ отдѣльности.

По отношенію къ самому моменту травматическаго инсульта и къ слѣдующему за нимъ болѣе или менѣе продолжительному періоду времени можетъ быть полная амнезія. Въ другихъ случаяхъ амнезія эта только парціальная, ограничивающаяся однѣми подробностями. Наконецъ, въ третьемъ разрядѣ случаевъ амнезія относится и къ событіямъ, предшествовавшимъ несчастному случаю за нѣсколько часовъ или дней, даже за нѣсколько недѣль (возвратная или ретроградная амнезія).

Явственные симптомы развивающагося психоза—какъ при раненіяхъ головы, такъ и при одномъ шокѣ—могутъ слѣдовать непосредственно за травматическимъ инсультомъ (первичный травматическій психозъ), или же они становятся замѣтными, очевидными лишь послѣ долгаго періода незначительныхъ продромальныхъ явленій—по прошествіи мѣсяцевъ, даже нѣсколькихъ лѣтъ (вторичные травматическіе психозы).

Въ первомъ случаѣ къ раненію присоединяются симптомы сумеречнаго состоянія сознанія, возвращающіеся иногда періодически и впослѣдствіи. Зачастую возникаютъ симптомы галлюцинаторнаго бреда или боязливой

маніи, меланхоліи, остраго слабоумія (dementia acuta), т. е. функціональныхъ психозовъ, переходящихъ по большей части въ выздоровленіе. Но иногда травматическіе психозы принимаютъ форму періодическихъ душевныхъ разстройствъ. Во многихъ случаяхъ къ травматизму присоединяется ипохондрическій или истерическій психозъ. При ипохондрическомъ психозѣ бываютъ головныя боли, ощущеніе ударовъ въ головѣ, усиленная чувствительность къ свѣту и шумамъ, безсонница и головокруженіе, ощущеніе страха съ разнаго рода фобіями, безнадежность съ мыслями о самоубійствѣ, и при утратѣ всякой энергіи. Пульсъ обыкновенно ускоренъ; появляется атероматозное перерожденіе сосудистыхъ стѣнокъ; кожные и сухожильные рефлексы усилены; языкъ, руки и вѣки дрожатъ; иногда замѣчается дрожь во всемъ тѣлѣ. Кромѣ того, наблюдаютъ явленія дермографизма и прогрессивное уменьшеніе вѣса тѣла, неустранимое даже обильнымъ поглощеніемъ пищи. Часто существуетъ невыносливость къ спиртнымъ напиткамъ. Развитіе истеричнаго психоза происходитъ въ сопровожденіи всѣхъ тѣхъ измѣнчивыхъ симптомовъ, которые свойственны душевнымъ разстройствамъ на почвѣ истеріи.

Сочетаніе ипохондрическихъ явленій съ истерическими стало особенно частымъ послѣ введенія законовъ о несчастныхъ случаяхъ. Эта форма отличается по большей части очень большой продолжительностью и весьма трудно излечивается.

У алкоголиковъ послѣ несчастныхъ случаевъ иногда появляется бѣлая горячка; но травматизмы могутъ благопріятствовать возникновенію и другихъ алкогольныхъ психозовъ.

Тамъ, гдѣ между травматизмомъ и первыми явными признаками психоза проходитъ болѣе долгій промежутокъ времени, послѣдній нерѣдко заполняется длительными головными болями при усиленной раздражительности, апатіи, отвращеніи къ труду, наклонности къ бродяжничеству и злоупотребленію спиртными напитками (которые по большей части плохо переносятся). Такія состоянія переходятъ порой въ неизлечимое слабоуміе.

Подобнымъ же образомъ, но съ интеркуррирующими маніакальными или меланхолическими фазисами, развивается паралитическое слабоуміе травматическаго происхожденія (dementia paralytica traumatica—*Koeppen*'а), причемъ возникаютъ неравенство зрачковъ и общій двигательный парезъ.

Наконецъ, при наличности предрасположенія (сифилисъ, алкоголизмъ, психопатическая наслѣдственность) травматическія поврежденія могутъ вызывать и общій прогрессивный параличъ.

У дѣтей не особенно рѣдко наблюдаютъ появленіе эпилепсіи и эпилептическихъ психозовъ вслѣдъ за травматическими поврежденіями; но подобныя психическія заболѣванія встрѣчаются лишь въ исключительныхъ случаяхъ у взрослыхъ, особенно позже 30-лѣтняго возраста.

Въ случаяхъ, относимыхъ къ травматической эпилепсіи, имѣется обыкновенно дѣло не съ классической эпилепсіей, но съ эпилепсіей алкогольной или сифилитической, при которой травматизмъ служитъ лишь вспомога-

тельнымъ этіологическимъ моментомъ, или же съ эпилепсіей отъ органическаго пораженія мозга (*Jackson*).

Чаще зато наблюдаютъ періодическое наступленіе эпилептоидныхъ сумеречныхъ состояній сознанія послѣ травматическихъ инсультовъ.

Апоплексія, геморрагическій энцефалитъ, абсцессы и опухоли головного мозга могутъ вызываться травматизмомъ, который такимъ образомъ является и причиной психозовъ, обусловленныхъ этими пораженіями.

4. Травматизмы могутъ вызывать появленіе психозовъ и тѣмъ, что причиняемыя ими поврежденія или остающіеся отъ заживленія послѣднихъ рубцы порождаютъ душевныя разстройства путемъ рефлекса, сопровождаясь обыкновенно эпилептоидными явленіями (рефлекторные психозы). Впрочемъ, это случается крайне рѣдко.

5. Травматизмъ можетъ, далѣе, создать предрасположеніе къ развитію психоза, ослабляя сопротивляемость мозга болѣзнетворнымъ вліяніямъ.

Съ этой точки зрѣнія и приходится разсматривать психозы, появляющіеся иногда лишь черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ раненія, причемъ до момента ихъ возникновенія не замѣчалось никакихъ болѣзненныхъ разстройствъ. Тутъ, стало быть, прямую причину психоза слѣдуетъ искать не въ самомъ травматизмѣ, но въ какомъ-нибудь позднѣйшемъ этіологическомъ моментѣ.

6. Наконецъ—особенно при наличности психопатическаго предрасположенія (наслѣдственность, алкоголизмъ и пр.)—раненіе можетъ играть роль косвенной причины психоза въ томъ смыслѣ, что оно дѣлаетъ необходимымъ долгое лежаніе въ постели, вызываетъ продолжительныя боли, безсонницу, ослабленіе силъ, заботы о будущемъ, о судьбѣ семейства (послѣднее особенно у паціентовъ изъ рабочаго класса).

Теченіе, продолжительность и исходы трауматическаго психоза опредѣляются клинической формой послѣдняго.

Распознаваніе. Для установленія причинной зависимости даннаго психоза отъ раненія необходимы слѣдующія посылки:

1. Травматизмъ долженъ былъ достигать извѣстной интенсивности. Особенно важно опредѣлить, находилось-ли нанесенное поврежденіе въ связи съ сотрясеніемъ мозга или съ shock'омъ.

2. Нервныя разстройства должны развиваться въ хронологической связи съ травматическимъ поврежденіемъ. Установленіе послѣдняго факта особенно затруднительно, такъ какъ дѣло можетъ идти о незначительныхъ разстройствахъ, проявляющихся неясно и даже ускользающихъ отъ вниманія.

Зачастую травматизмъ играетъ роль только событія, ускоряющаго или усиливающаго проявленіе уже ранѣе имѣвшагося заболѣванія. Такъ, параноики приписываютъ приключившійся съ ними несчастный случай преслѣдованію враговъ. Убѣжденіе ихъ въ существованіи вражескихъ силъ отъ этого еще болѣе укрѣпляется, причемъ они начинаютъ уже прямо высказывать свои бредовыя представленія. Общій прогрессивный

параличъ иногда ускоряется въ своемъ теченіи подъ вліяніемъ травматизма.

Наконецъ и самый травматизмъ нерѣдко бываетъ слѣдствіемъ заболѣванія нервной системы (припадки головокруженія, неосторожность общихъ паралитиковъ, особенно головокруженіе у эпилептиковъ).

Леченіе. При наличности кожныхъ рубцовъ, вдавленій или переломовъ черепа, абсцессовъ или опухолей мозга, слѣдуетъ прибѣгать къ хирургической помощи. Въ остальномъ леченіе приноравливается къ особенностямъ данной клинической формы.

Къ группѣ травматическихъ психозовъ принадлежатъ также душевныя разстройства, вызываемыя солнечнымъ или .тепловымъ ударомъ [1]). Они протекаютъ при явленіяхъ неистовства съ галлюцинаціями и значительнымъ затемнѣніемъ сознанія, нерѣдко при судорогахъ и расширеніи зрачковъ, перестающихъ реагировать. Психозы эти переходятъ въ выздоровленіе, оставляя за собою иногда возвратную амнезію, или же оканчиваются то хроническимъ слабоуміемъ, то смертью.

Наконецъ, сюда относятся и душевныя разстройства, вызываемыя хирургическими операціями, но не принадлежащія къ тѣмъ, которыя— подобно іодоформнымъ психозамъ—обусловливаются отравленіемъ лекарственными веществами при перевязкѣ ранъ.

Ими поражаются субъекты съ психопатическимъ предрасположеніемъ въ силу наслѣдственности или болѣзни, потребовавшей операцію, образа жизни (алкоголизмъ), употребленія нѣкоторыхъ лекарствъ (морфій и пр.), горя, заботъ и пр.

Особенно, повидимому, благопріятствуютъ возникновенію психозовъ нѣкоторыя хирургическія вмѣшательства, каковы операціи на мочевомъ пузырѣ, холощеніе, заложеніе искусственнаго задняго прохода и извлеченіе катаракты. Появляющіеся въ подобныхъ случаяхъ психозы протекаютъ обыкновенно при картинѣ галлюцинаторнаго бреда [2]), показываясь по большей части на 3—5 день послѣ операціи.

---

[1]) *Régis*, Revue neurologique 1901.

[2]) *Picqué*, Délire psychique post-opératoire. Ann. méd. psychologiques, juillet — août et septembre—octobre 1898.

Приложенія.

А. Указанія относительно изслѣдованія душевно-больныхъ и составленія исторій болѣзни.

I. Больной говоритъ и сообщаетъ свѣдѣнія, которыя могутъ быть провѣрены или пополнены показаніями его приближенныхъ и др.

1. Фамилія и имя?
   Когда родился?
   Ремесло?
   Холостъ?
   Женатъ?
   Дѣти?
   Ихъ возрастъ?
2. Исторія жизни.
   Гдѣ и съ какимъ успѣхомъ учился?
   До какихъ лѣтъ?
   Обнаруживалъ-ли особыя способности?
   Описаніе начала и дальнѣйшаго хода профессіональной дѣятельности и успѣховъ въ послѣдней?
   Перемѣны профессіи?
   Былъ-ли солдатомъ?
   Подвергался-ли при этомъ дисциплинарнымъ наказаніямъ?

(Послѣдніе вопросы потому имѣютъ важное значеніе, что отвѣты на нихъ могутъ дать свѣдѣнія о прежнемъ состояніи тѣлеснаго и душевнаго здоровья изслѣдуемаго).

(Если имѣется дѣло съ женщиной).

   Появленіе мѣсячныхъ? Дальнѣйшее ихъ теченіе, разстройства при нихъ?
   Когда вышла замужъ?
   Беременности и роды?
   Сама-ли кормила?

3. Наслѣдственное предрасположеніе (см. стр. 84 и слѣд.)?

   а) Отецъ или мать душевно-больные или нервно-больные (эпилепсія, мигрень)?
   Отъ чего они умерли (апоплексія)?
   Находились-ли они между собой въ кровномъ родствѣ?

b) Прародители?
c) Другіе кровные родственники?
Дѣти изслѣдуемаго?
d) Были-ли пьяницы или самоубійцы въ семьѣ?
e) Часты-ли въ семьѣ особыя тѣлесныя заболѣванія (бугорчатка, сахарное мочеизнуреніе, ракъ)?

4. Перенесенныя изслѣдуемымъ соматическія болѣзни?
Рожденъ нормальнымъ образомъ или съ акушерскою помощью?
Остановки въ развитіи (когда научился говорить, ходить)?
Перенесенныя въ дѣтствѣ болѣзни?
Сифилисъ? Его теченіе?
Раненія головы?
Несчастные случаи вообще?

5. Какія были нервныя болѣзни?
Виттова пляска?
Pavor nocturnus?
Судороги?
Эпилептическіе припадки? Ихъ теченіе?
Ночное недержаніе мочи?
Состоянія потери сознанія?
Истерическіе симптомы?
Мигрень?

6. Бывшія прежде душевныя болѣзни?
Когда? Начало, теченіе, продолжительность и исходъ психозовъ?
Леченіе въ заведеніи?

7. Были-ли столкновенія съ полиціей или наказуемые закономъ поступки?
Попытки къ самоубійству?

8. Особыя привычки?
Излишества in Bacchо et Venere; злоупотребленіе табакомъ?
Реакція на алкоголь?
Онанизмъ?
Физическое или умственное переутомленіе?

9. Что выставляется причиной теперешняго заболѣванія?

10. Когда показались первые признаки настоящей болѣзни?
Покушался-ли больной на свою жизнь?
Совершалъ-ли онъ наказуемые закономъ поступки?
Повредилъ-ли онъ себѣ или своему семейству неразумными дѣйствіями (мотовство)?
На что жалуется теперь больной:
a) по части душевнаго состоянія,
b) по части физическаго состоянія?
Лихорадочныя состоянія? Эпилептическіе или истерическіе припадки?
Аппетитъ, испражненія, сонъ?
Мѣсячныя?

11. Status praesens?

a) *Изслѣдованіе душевнаго состоянія.*

Изъ предшествовавшаго допроса очень часто уже можно составить себѣ понятіе о наличности и направленіи бредовыхъ представленій. Въ такомъ случаѣ заявленіями больного надобно воспользоваться для точнаго выясненія слѣдующихъ наиболѣе важныхъ обстоятельствъ:

1. Наличность такъ называемыхъ экспансивныхъ бредовыхъ представленій (см. стр. 23), каковы самоперецѣниваніе и бредъ величія.

2. Депрессивныя бредовыя представленія (см. стр. 24—26) меланхолическія (бредъ обращенія на все особеннаго вниманія, самообвиненіе, бредъ грѣховности) или ипохондрическія (жалобы на болѣзнь, на измѣненія органовъ; заявленія о томъ, что болѣзнь служитъ карой за плохую жизнь или грѣхи).

3. Паранойныя идеи преслѣдованія (см. стр. 26 — 28): больной невинная жертва враговъ.

4. Сочетанныя бредовыя представленія (бредъ преслѣдованія съ идеями величія).

5. Систематизированныя бредовыя представленія (разнородныя бредовыя представленія приведены въ систему).

Если же въ заявленіяхъ бсльного не имѣется данныхъ для изслѣдованія существующихъ бредовыхъ представленій, если даже невозможно опредѣлить съ точностью сохранилъ-ли онъ вполнѣ способность оріентироваться, то въ такомъ случаѣ душевное состояніе его должно быть подвергнуто изслѣдованію по нижеслѣдующей схемѣ:

a) Способенъ-ли больной оріентироваться?

b) Какое у него представленіе о своей собственной личности?

c) Что наблюдалъ онъ относительно своего душевнаго и тѣлеснаго состоянія?

d) Какія имъ сдѣланы наблюденія относительно внѣшняго міра?

Вопросы *ad a*): Гдѣ Вы находитесь?
Кто я (врачъ)?
Для какой цѣли Вы здѣсь?
Сколько времени Вы здѣсь?
Какое сегодня число?

(Изъ отвѣтовъ на эти вопросы опредѣлится, сохранилъ-ли больной или нѣтъ способность оріентироваться во времени и пространствѣ).

Вопросы *ad b*): Теперешнее Ваше ремесло или профессія?
До какихъ поръ занимались имъ?
Намѣрены-ли продолжать?
Хотите-ли приняться за другое ремесло?
Имѣете-ли особые планы на будущее?
Запаслись-ли уже другимъ занятіемъ болѣе по вкусу?
Обладаете-ли богатствами?
Какъ велико Ваше состояніе?

Владѣете-ли домами, землями и пр.?
Получали-ли особые знаки отличія (см. стр. 24)?
или: Вы не въ состояніи продолжать Вашихъ занятій?
Вы не выполнили своего долга?
Вы согрѣшили?
Вы совершили преступленіе?
Вамъ надоѣло жить (см. стр. 24—25 и 150)?

(Отвѣты на вопросы *ad b* покажутъ, въ какомъ направленіи — въ экспансивномъ или депрессивномъ — измѣнена индивидуальность больного).

Вопросы *ad c*): Что измѣнено: душа Ваша или тѣло?
α) Въ благопріятномъ смыслѣ?
Легко-ли Вамъ думать?
Хороша-ли Ваша память?
Увеличилась-ли мышечная сила?
Стали-ли Вы выше (тяжеле)?
Увеличилась-ли половая способность?

Нѣтъ прежнихъ тѣлесныхъ разстройствъ (маніакальныя представленія см. стр. 23—24)?

β) Въ неблагопріятномъ смыслѣ?
Ваша память ослабѣла?
Вамъ тяжела всякая умственная работа?
Больны-ли органы Вашего тѣла и какіе?
Они какъ-бы умерли?
Имѣется-ли у Васъ сифилисъ?
Не страдаете-ли половымъ безсиліемъ (ипохондрическія представленія см. стр. 25, 29, 110, 152)?

ad d): Какъ относятся къ Вамъ домашніе?
Замѣтили-ли Вы, что люди къ Вамъ особенно доброжелательны?
Много-ли у Васъ друзей?
Также среди женщинъ?
Не слѣдятъ-ли за Вами (см. стр. 26).
Замѣчали-ли нѣчто особенное на улицѣ или въ газетахъ что могли бы отнести къ себѣ (см. стр. 26, 164)?
Считаете-ли себя жертвой преслѣдованій (см. стр. 26—27)?
Кто Ваши преслѣдователи?
Какой они имѣютъ интересъ вредить Вамъ?
Дали-ли Вы имъ поводъ къ преслѣдованіямъ?
Заслужили-ли Вы это?
Или Вы невинны?
Добиваются-ли Ваши преслѣдователи достиженія личныхъ своихъ цѣлей (см. стр. 26—27)?
Хотятъ-ли они помѣшать Вамъ въ достиженіи извѣстныхъ цѣлей?

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ спрашиваютъ еще: измѣненъ-ли внѣшній міръ и въ какомъ смыслѣ (стр. 29); существуетъ-ли онъ вообще, или нѣтъ (см. стр. 29).

Слѣдуетъ также выяснить, имѣютъ-ли высказываемыя больнымъ представленія бредовой характеръ (см. стр. 32—34).

Если имѣются бредовыя представленія, то по большей части удается вышеуказаннымъ путемъ заставить больного высказать ихъ. Иногда же это достигается лишь послѣ обнаруженія существующихъ въ данномъ случаѣ галлюцинацій.

Не надобно никогда спрашивать: слышите-ли голоса, видите-ли образы? и т. п. При такихъ вопросахъ больные часто становятся сдержанными, въ особенности, когда имъ уже прежде задавали подобные вопросы, утверждая при этомъ, что явленія, на которыя они жалуются, не существуютъ въ дѣйствительности.

Поэтому слѣдуетъ освѣдомляться осторожно и постепенно:

Не ощущаете-ли шума въ головѣ, въ ушахъ? Не кажется-ли Вамъ порой, что здѣсь или снаружи шумно? Не бываетъ-ли этого и ночью? Не принимаютъ-ли иногда ковры и занавѣсы особенный цвѣтъ?

Не бываетъ-ли порой противнаго запаха? Не находите-ли кушанья слишкомъ солеными или горькими и пр.?

Этимъ путемъ иногда легко и скоро, въ другихъ случаяхъ съ нѣкоторымъ трудомъ удается опредѣлить существуютъ-ли или нѣтъ слѣдующія разстройства:

6. Галлюцинаціи или иллюзіи зрѣнія (см. стр. 8—9).

Описаніе ихъ:

Стойкія? Подвижныя? Въ видѣ тѣней? Яркія? Односторонніе (стр. 14)?

Обоесторонніе, разнаго содержанія (стр. 14)?

Вѣритъ-ли больной въ ихъ объективное существованіе, сомнѣвается-ли онъ въ этомъ или же знаетъ, что имѣетъ дѣло съ обманами чувствъ?

7. Галлюцинаціи или иллюзіи слуха (стр. 9—10):

Описаніе ихъ:

Говоритъ-ли одинъ человѣкъ? Мужскіе, женскіе, дѣтскіе голоса? Громко или шопотомъ? Голоса слышны съ одной стороны (стр. 14)? Съ обѣихъ сторонъ, но разнаго содержанія (стр. 14)?

Слышаніе собственныхъ мыслей (стр. 9—10)?

Вѣритъ-ли больной въ реальность этихъ явленій (см. выше)?

8. Галлюцинаціи или иллюзіи обонянія (стр. 10):

Непріятныя? Пріятныя?

9. Галлюцинаціи или иллюзіи вкуса (стр. 10):

Противный вкусъ? (гнили, падали? Когда больной жалуется на покалываніе въ языкѣ во время ѣды, то это слѣдуетъ приписать галлюцинаціямъ осязанія). Пріятный вкусъ?

10. Кожныя галлюцинаціи или иллюзіи (стр. 11):

Обмираніе? Ползаніе мурашекъ? Электризированіе?

11. Галлюцинаціи тепловой чувствительности (стр. 11):

Ощущеніе проведенія по тѣлу губки, смоченной горячей или холодной водой?

12. Галлюцинаціи мышечнаго чувства (стр. 11):

a) Въ глазахъ (стр. 11)? (Галлюцинирующій видитъ предметы большими или маленькими, удаляющимися или приближающимися и пр.).

b) Въ органахъ членораздѣльной рѣчи (стр. 11)?

13. Кинэстетическія галлюцинаціи (стр. 12):

Ощущаетъ-ли больной, что все его тѣло или отдѣльные органы находятся въ движеніи?

Чувствуетъ-ли онъ покачиванія? Паренiе, низверженіе внизъ или поднятіе вверхъ?

14. Галлюцинаціи внутренностныхъ ощущеній (стр. 12):

Чувствуется-ли измѣненіе желудка, всего тѣла, сердца и пр.?

Въ какомъ состояніи половые органы?

Не ограничиваясь констатированіемъ галлюцинацій въ какомъ-нибудь одномъ органѣ чувствъ, надобно всегда изслѣдовать по вышеприведенной схемѣ всѣ остальные органы чувствъ.

Разъ опредѣлена наличность обмановъ чувствъ, слѣдуетъ спросить больного, какъ онъ объясняетъ себѣ возникновеніе этихъ явленій, противорѣчащихъ дѣйствительности, физическимъ законамъ и пр.?

Если больной скажетъ, что они вызваны посторонней, вражеской силой, то спрашиваютъ, какова при этомъ цѣль его враговъ?

Изслѣдованіе это должно сопровождаться выясненіемъ со стороны больного мотивировки найденныхъ у него бредовыхъ представленій.

Изъ отвѣтовъ больного получатся также данныя для обсужденія силы воспроизведенія и силы ассоціаціи представленій (умственныхъ способностей).

Болѣе точное изслѣдованіе этихъ послѣднихъ производится такимъ образомъ:

15. Сила воспроизведенія. Память:

a) Болѣзненное усиленіе ея (гипермнезія см. стр. 36)?

b) Болѣзненное ослабленіе (стр. 38)?

Постановка вопросовъ различествуетъ, смотря по степени образованія и по общественному положенію больного.

Вопросы касательно таблицы умноженія.

Имя царствующаго монарха? Какъ зовутъ отца, дѣда? Какъ зовутъ императрицу?

Части свѣта? Губерній?

Имена рѣкъ? Названія мѣсяцевъ? Сколько дней въ каждомъ мѣсяцѣ?

Сколько часовъ въ днѣ? Сколько минутъ въ часѣ?

Сколько пятачковъ въ золотомъ? Сколько ихъ въ рублѣ?

Когда бываетъ Рождество? Когда день рожденія больного?

Когда дни рожденія разныхъ членовъ семьи?

Событія дня?

Не плоха-ли память для отдаленнаго прошлаго при сохраненіи ея по отношенію къ недавнимъ событіямъ?

Разсказы изъ эпохи молодости? Изъ солдатской жизни?

Кто былъ вчера въ гостяхъ?

Что происходило сегодня въ полдень?

Не утрачено-ли воспоминаніе объ опредѣленныхъ періодахъ времени?

Способность подмѣчанія или памятливость (стр. 22) изслѣдуютъ, заставляя больного припомнить цифру или фразу, недавно или только что сказанныя ему. Или же больному показываютъ картину, объясняютъ ее и затѣмъ спрашиваютъ, что она означаетъ.

16. Изслѣдованіе процессовъ ассоціаціи представленій имѣетъ цѣлью опредѣлить ихъ болѣзненное ускореніе (стр. 22) или замедленіе (стр. 34). О первомъ заключаютъ по быстротѣ отвѣтовъ, по быстрому перескакиванію съ одного предмета на другой.

Для опредѣленія наличности или отсутствія ослабленія умственныхъ способностей изслѣдованіе должно быть прежде всего приноровленнымъ къ степени образованія, къ профессіи и общественному положенію больного. Задаютъ задачи на вычитаніе, дѣленіе, вычисленіе процентовъ. Для чего считаютъ звѣзды? Для чего платятъ подати? Какое значеніе имѣетъ рейхстагъ? Союзный совѣтъ? Задаютъ вопросы, касающіеся профессіи больного (купцовъ спрашиваютъ о товарахъ, расходахъ по изготовленію ихъ. Сколько фунтовъ въ килограммѣ? Какъ великъ метръ?) [1]).

Надобно выяснить, замедлено-ли, затруднено-ли пониманіе вопросовъ, вслѣдствіе чего запаздываютъ и отвѣты.

17. Наконецъ, придется изслѣдовать, нѣтъ-ли особыхъ преобладающихъ представленій, не совершается-ли процессъ мышленія въ направленіи какого-нибудь опредѣленнаго закона ассоціаціи идей (навязчивыя представленія, стр. 159—161).

18. Въ исторіи болѣзни надобно также отмѣтить настроеніе духа, въ которомъ въ данный моментъ находился больной. Слѣдуетъ указать, часто-ли оно измѣнялось во время изслѣдованія (эмоціональность, аффективность, см. стр. 48)? Приходилъ-ли паціентъ въ состояніе форменнаго аффекта (см. стр. 49)? Обнаруживалъ-ли онъ страхъ, испугъ (стр. 49) и притомъ вообще или въ извѣстномъ только направленіи? Имѣются-ли на-лицо ипохондрическая боязливость (стр. 50) или предсердечный страхъ (стр. 81)?

19. При этомъ обнаружится также (что надобно занести въ исторію болѣзни), способенъ-ли паціентъ слѣдить за ходомъ самаго изслѣдованія?

---

[1]) Изъ неправильнаго отвѣта на одинъ или на нѣсколько вопросовъ, особенно при ариѳметическихъ выкладкахъ, не слѣдуетъ ставить тотчасъ же діагностику ослабленія умственныхъ способностей. Дѣло въ томъ, что на тотъ же вопросъ иногда отвѣчаютъ одинаково ошибочно и присутствующіе при осмотрѣ паціента вполнѣ здоровые въ душевномъ отношеніи люди—жена больного и др.

Поглощено-ли его вниманіе бредовыми представленіями и обманами чувствъ? Ослаблена-ли его внимательность (апросексія, см. стр. 53)?

Съ состояніемъ внимательности находится всегда въ связи и степень отвлекаемости (см. стр. 53).

b) *Изслѣдованіе рѣчи* (см. стр. 67).

Имѣются-ли неологизмы (стр. 68)?
Брадифразія (стр. 69)?
Болтливость (logorrhoea, стр. 70)?
Эхолялія (стр. 69).
Аграмматизмъ (стр. 70)?
Вербигерація (стр. 69)?
Персеверація (стр. 69)?
Парафразія (стр. 68)?
Дизартрическія разстройства рѣчи (скандированіе; своеобразная рѣчь, указывающая на пораженіе продолговатаго мозга; запинаніе)?

Послѣ этого больного заставляютъ читать и писать (стр. 71) и записываютъ результаты этого изслѣдованія.

c) *Изслѣдованіе тѣла.*

1. Общее состояніе питанія:
   Состояніе мускуловъ? Вѣсъ тѣла?
2. Выраженіе лица (стр. 72)—маніакальное, угнетенное, безучастное, наблюдательное, слабоумное.
   Цвѣтъ лица (блѣдный, синюшный, активно-гиперэмичный).
3. Черепъ:
   Описаніе формы — поскольку она доступна опредѣленію помощью осмотра и ощупыванія (долихоцефалія, брахицефалія, микроцефалія, гидроцефалія, плагіоцефалія—стр. 72) и признаковъ вырожденія (уши, глаза, небо, губы, зубы—стр. 74), если таковые имѣются.
   Размѣры черепа, если производилось измѣреніе ихъ (стр. 72).
   Рубцы на головѣ?
4. Мускулы глазъ, особенно состояніе зрачковъ (стр. 76): равны-ли они, съужены или расширены?
   Рефлекторная неподвижность зрачковъ?
   Дно глаза? Приводятся, если это возможно, результаты опредѣленія поля зрѣнія (эпилептическія, истерическія, алкогольныя и органическія заболѣванія мозга).
5. Периферическій слуховой аппаратъ.
6. Обонятельные нервы, тройничные и лицевые нервы:
   Фибриллярныя дрожанія лицевыхъ мускуловъ, асимметрія лица?
   N. glossopharyngeus (зѣвный рефлексъ? Глотаніе?). N. accessorius

(параличъ голосовыхъ связокъ?). N. hypoglossus (дрожаніе языка, фибриллярныя подергиванія; высовывается-ли языкъ прямо или криво?).

7. Верхнія и нижнія конечности; туловище:
Искривленія? Признаки вырожденія (стр. 75)? Походка?
Состоянія напряженія мышцъ? Пассивныя подвижность въ сочлененіяхъ: существуетъ-ли равномѣрное напряженіе всѣхъ мускуловъ—какъ при контрактурахъ—или напряженіе показывается только въ антагонистахъ мускуловъ, приходящихъ въ дѣйствіе при движеніи (негативизмъ, произвольное сокращеніе мускуловъ)? Остаются-ли члены въ разъ приданномъ имъ положеніи?
Непроизвольныя движенія? Стереотипіи?
Хореическія движенія? Тики?
Парезы? Параличи? Дрожаніе?
Мышечныя атрофіи? Въ случаѣ электрическаго изслѣдованія—состояніе электрической возбудимости?
Сухожильные рефлексы (чашечковый, Ахиллесовъ, локтевой, стр. 80)?
Клонусъ стопы?
Кожные рефлексы (стр. 80—81)?
Рефлексъ *Бабинскаго* (стр. 81, 211).

8. Чувствительные головные нервы (стр. 77):
Гиперэстезіи? Анэстезіи? Парэстезіи?
Болевая чувствительность? Термическое чувство?

9. Сосудодвигательные и трофическіе нервы:
Состояніе кожи (блѣдность, синюшность). Волосы. Слюна. Потъ. Слезы. Пролежни.

10. Отдѣленіе мочи и кала:
Enuresis. Dysuria. Ischuria paradoxa. Запоръ. Недержаніе кала

11. Пищеварительный аппаратъ.
Рубцы языка? Другія особенности языка?
Желудокъ? Печень? Селезенка?

12. Органы дыханія:
Гортань? Легкія?

13. Органы кровообращенія?
Сердце? Пульсъ? Атероматозное перерожденіе системы аорты? (Стѣнки лучевой артеріи, извилистыя височныя артеріи? Стѣнки сонныхъ артерій?). Число ударовъ пульса и ихъ особенности?

14. Изслѣдованіе мочи (!) — особенно на бѣлокъ и сахаръ.

15. Половой аппаратъ:
Признаки вырожденія (стр. 72).
У женщинъ, при извѣстныхъ условіяхъ, результаты гинекологическаго изслѣдованія.

Если больной совершилъ какой-нибудь поступокъ, послужившій ближайшимъ поводомъ для призванія врача или помѣщенія въ психіатрическое

заведеніе, то, окончивъ осмотръ, больного спрашиваютъ насчетъ его отношенія къ совершенному имъ поступку и о побудительной къ нему причинѣ, а также о томъ, находитъ-ли онъ содѣянное имъ правильнымъ или же отрицаетъ вообще этотъ поступокъ. Испытываются также этическія, религіозныя и эстетическія чувства (см. стр. 3).

Въ заключеніе изслѣдуемому необходимо заявить, что онъ боленъ, но что онъ поправится и тѣмъ скорѣе, чѣмъ охотнѣе подчинится врачебнымъ предписаніямъ.

Исторія болѣзни заканчивается постановкой распознаванія.

При многихъ болѣзненныхъ формахъ возможно сразу распознать болѣзнь, напримѣръ при наивысшихъ степеняхъ идіотизма, при гебефреніи съ послѣдующимъ раннимъ слабоуміемъ (dementia praecox), при слизистомъ отекѣ (миксэдема), общемъ прогрессивномъ параличѣ (больной входитъ, не снимая шапки; при словахъ „здравствуйте“ замѣчается рѣзко выраженное паралитическое разстройство рѣчи; выраженіе лица глупо-улыбающееся, а походка обнаруживаетъ спазмодическій параличъ или атаксію).

Но новичекъ въ психіатріи всего вѣрнѣе опредѣлитъ форму болѣзни, идя путемъ различительнаго распознаванія.

По установленіи анамнеза, является возможнымъ рѣшить, существуетъ-ли съ дѣтства данное душевное разстройство (идіотизмъ). Діагнозъ подтверждается наличностью слабоумія, гидроцефаліи, микроцефаліи, параличей и пр.

Если же имѣется дѣло съ позднѣе пріобрѣтенной душевной болѣзнью, то прежде всего является вопросъ: органическій-ли это психозъ или нѣтъ?

Въ пользу органическаго психоза говорятъ явныя паралитическія разстройства, рефлекторная неподвижность зрачковъ, утрата чашечковаго рефлекса, паралитическія разстройства рѣчи.

Тогда предстоитъ рѣшить, имѣется-ли дѣло съ общимъ прогрессивнымъ параличемъ или со старческимъ слабоуміемъ, съ сифилитическимъ или съ гнѣзднымъ пораженіемъ мозга.

По части различительнаго распознаванія см. стр. 216.

При исключеніи органическаго психоза, надобно подумать о возможности интоксикаціоннаго психоза. Тутъ рѣшающее значеніе получитъ анамнезъ. Относительно алкоголизма см. стр. 195 и 197.

Эпилептическіе и истерическіе психозы обнаруживаются занесенными въ анамнезъ эпилептическими или истерическими припадками и подобными же припадками, продолжающими появляться и при настоящемъ заболѣваніи. При исключеніи всѣхъ названныхъ формъ душевнаго разстройства слѣдуетъ принять существованіе функціональнаго психоза.

Въ такихъ случаяхъ галлюцинаторный бредъ обнаружится сильнымъ пораженіемъ сознанія, манія — ускореніемъ хода представленій, меланхолія—угнетеннымъ состояніемъ духа, параноя—систематизированными бредовыми представленіями, острое слабоуміе—параличемъ умственныхъ способностей. Циркулярный психозъ можно распознать навѣрно только изъ наблюденія за его теченіемъ.

Затруднительнымъ можетъ стать распознаваніе еще въ случаѣ перехода функціональнаго психоза въ состояніе слабоумія.

Здѣсь рѣшаютъ анамнезъ и наличность симптомокомплекса вторичнаго слабоумія, описаннаго на стр. 107—108.

При распознаваніи можно также исходить изъ какого-нибудь стойкаго существеннаго симптома, задаваясь вопросомъ, при какой формѣ встрѣчается этотъ симптомъ и при какихъ психозахъ его не бываетъ?

Больной, напримѣръ, долгое время обнаруживаетъ рѣзко выраженный бредъ величія. Такой бредъ можетъ быть при 1) общемъ прогрессивномъ параличѣ, 2) при параноѣ, 3) при маніи, 4) при алкогольномъ психозѣ, 5) при эпилептическомъ психозѣ и 6) въ маніакальномъ стадіи циркулярнаго помѣшательства.

Результаты анамнеза и имѣющіяся — помимо бреда величія—психическія разстройства (умственная слабость) и соматическіе симптомы (параличи) наведутъ на правильную діагностику.

II. *Больной говоритъ, но показанія его запутаны.*

Въ такомъ случаѣ анамнезъ составляется главнымъ образомъ по свидѣтельствамъ или показаніямъ родственниковъ.

При изслѣдованіи надобно выяснить какъ и какимъ образомъ больной отвѣчаетъ на предлагаемые ему вопросы.

Необходимо констатировать:

1. Наличность бредовыхъ представленій или галлюцинацій, основываясь при этомъ на запутанныхъ рѣчахъ больного, а также, по возможности на движеніяхъ, жестахъ и выраженіи лица.

2. Стараются привлечь вниманіе больного къ нѣкоторымъ вопросамъ, требующимъ для отвѣта одной только способности воспроизведенія. Отмѣчаютъ большую или меньшую степень такой отвлекаемости. Далѣе изслѣдуютъ:

3. Обнаруживаетъ-ли рѣчь одно изъ вышеупомянутыхъ разстройствъ?

4. Каково настроеніе: веселое, угнетенное или безразличное?

Затѣмъ приступаютъ къ тщательному физическому изслѣдованію.

Слѣдуетъ главнымъ образомъ опредѣлить, съ какой формой умственной запутанности имѣется дѣло: съ галлюцинаторной, маніакальной или слабоумной?

Принимаютъ также въ соображеніе возможность парафазической запутанности. По части спеціальнаго распознаванія см. стр. 52—53.

III. *Больной въ ступорозномъ состояніи* (стр. 56).

Описываютъ точнымъ образомъ какъ больной лежитъ, сидитъ или стоитъ; двигается-ли онъ и каковы его движенія; бываютъ-ли импульсивныя и стереотипныя дѣйствія?

Далѣе, спеціально изслѣдуется реакція на внѣшнія вліянія, на задаваемые вопросы, на принятіе пищи. Разыскивается наличность восковой гибкости членовъ (flexibilitas cerea).

Физическое изслѣдованіе производится очень тщательно. Изучается состояніе двигательнаго аппарата (гипертонія, кататонія, ипотонія) и рефлексовъ (сухожильныхъ, кожныхъ, внутренностныхъ).

Относительно подробностей распознаванія см. описаніе ступора (стр. 56).

IV. *Больной неистовствуетъ.*

Здѣсь, при невозможности изслѣдованія, дѣло сводится главнымъ образомъ къ описанію проявленій неистовства и манеры больного держать себя.

Отмѣтить слѣдуетъ также выраженіе лица больного и степень отвлекаемости его вниманія.

При описаніи состоянія больного и при постановкѣ діагностики надобно слѣдовать правиламъ, изложеннымъ на стр. 60.

V. *Больной совсѣмъ не говоритъ, хотя и не находится въ ступорозномъ состояніи.*

Изслѣдованіе производится какъ при ступорѣ. При распознаваніи слѣдуютъ правиламъ, a) c) e) f), изложеннымъ на стр. 67.

B. Врачебное свидѣтельство для помѣщенія душевно-больного въ психіатрическое заведеніе.

Отдѣльныя провинціальная заведенія для умалишенныхъ въ Пруссіи имѣютъ свои особые, не согласующіеся между собой вопросные листы, выполненіе которыхъ врачемъ обязательно для пріема больного.

Оффиціальныя заведенія Берлина не имѣютъ этихъ вопросныхъ листовъ. Для помѣщенія въ нихъ достаточно врачебнаго свидѣтельства, утверждающаго, что такой-то страдаетъ душевною болѣзнью, дѣлающею необходимымъ водвореніе его въ психіатрическое заведеніе. Королевская больница Charité требуетъ для этого свидѣтельства двухъ врачей.

Для принятія въ провинціальное заведеніе необходимо—согласно распоряженію министра отъ 26 марта 1901 г.—слѣдующее:

„Свидѣтельство окружнаго врача или главнаго врача государственнаго заведенія для душевно-больныхъ (или психіатрической университетской клиники). Въ случаяхъ, нетерпящихъ отлагательства—причемъ у больного можетъ и не быть сильнаго возбужденія или наклонности къ насильственнымъ поступкамъ—предварительный пріемъ въ психіатрическое заведеніе можетъ происходить и на основаніи свидѣтельства всякаго дипломированнаго врача. Но о больномъ, въ теченіе сутокъ послѣ его помѣщенія въ заведеніе, надобно оповѣстить окружного врача, который и долженъ изслѣдовать его въ трехдневный срокъ по полученіи увѣдомленія.

Свидѣтельство врача должно содержать объясненіе причины и цѣли помѣщенія въ заведеніе, обозначеніе времени и мѣста изслѣдованія, срокъ послѣдняго изслѣдованія (помѣщеніе въ заведеніе возможно только въ теченіе двухъ недѣль послѣ выдачи свидѣтельства), все что было сообщену изслѣдующему врачу и, съ другой стороны, все что врачъ могъ самъ подмѣтить.

Свидѣтельство должно содержать точную исторію болѣзни и разъясненіе причинъ, потребовавшихъ помѣщенія больного въ заведеніе“.

Содержаніе исторіи болѣзни опредѣляется изслѣдованіемъ больного согласно вышеприведеннымъ указаніямъ. Текстъ свидѣтельства заканчивается

словами, что такой-то (или такая-то) страдаетъ душевной болѣзнью, которую слѣдуетъ обозначить именемъ. . . . . .

Пріемъ въ психіатрическое заведеніе требуется (стр. 117—118):

1. въ видахъ леченія, или
2. вслѣдствіе неистовства больного, или
3. если больной, хотя и не неистовствующій, все же можетъ вредить себѣ или другимъ, оставаясь на свободѣ, или
4. когда больной отказывается отъ пищи, или
5. когда невозможны домашнее леченіе и присмотръ за больнымъ на дому.

По большей части имѣется одновременно нѣсколько изъ этихъ причинъ.

С. Схема экспертнаго свидѣтельства

лицу, относительно котораго поднятъ вопросъ о нахожденіи его при совершенія наказуемаго закономъ поступка въ состояніи безсознательности или душевной болѣзни (вопросъ о вмѣняемости).

§ 51 Reichstrafgesetzbuch'a:

«Не подлежатъ наказанію закона поступки, совершенные въ состояніи безсознательности или болѣзненнаго нарушенія умственныхъ способностей, исключающемъ свободное проявленіе воли».

Честь имѣю представить такому-то . . . . . (учрежденію или частному лицу) требуемое отъ меня (или просимое) экспертное свидѣтельство по вопросу о томъ . . . (слѣдуютъ подлинныя выраженія судебнаго постановленія или перечисленіе вопросовъ, поставленныхъ частнымъ лицомъ) . . . . .

Для составленія настоящаго свидѣтельства я принялъ къ свѣдѣнію акты . . . . . (или свидѣтельскія показанія и т. п.) и изслѣдовалъ (или наблюдалъ) X—а такого-то числа . . . . . 190 . . года, въ его квартирѣ (или въ другомъ мѣстѣ).

I. Исторія прошлой жизни.

1. X. рожденъ тогда-то . . . (возрастъ часто забывается въ экспертныхъ свидѣтельствахъ), профессія, женатъ или холостъ (дѣти).

Данныя по части наслѣдственности (см. стр. 88).

Школьное ученіе (гдѣ учился, до какого класса дошелъ, какимъ подвергался экзаменамъ).

Какія обнаружилъ способности и чего достигъ въ своей профессіи (не мѣнялъ-ли часто профессіи)?

Служилъ-ли солдатомъ (дисциплинарныя наказанія)?

(У женщинъ: Мѣсячныя, возрастъ перваго появленія ихъ, правильность ихъ или дисменоррея? Выкидыши? Роды?).

Привычки: алкоголь, морфій, табакъ?

2. Перенесенныя болѣзни:

Сифилисъ? Были-ли эпилептическія или истерическія состоянія? Выносливость по отношенію къ алкоголю. Какія были душевныя болѣзни? Лечился-ли въ психіатрическомъ заведеніи?

3. Прежнія столкновенія съ полиціей или закономъ. Былъ-ли приговоренъ по суду?

4. Въ чемъ заключались поступки, за которые былъ наказанъ? Описаніе ихъ на основаніи судебныхъ актовъ (свидѣтельскія показанія и пр.).

5. Изложеніе фактовъ (или врачебныхъ свидѣтельствъ), подвергающихъ сомнѣнію состояніе умственныхъ способностей и послужившихъ поводомъ къ настоящему врачебному осмотру.

II. Результаты теперешняго изслѣдованія или наблюденія.

1. Душевное состояніе испытуемаго.

Изслѣдованіе производится согласно изложенному *sub A* методу.

Описаніе общей манеры себя держать и отдѣльныхъ жалобъ больного по поводу его душевнаго состоянія.

Ослабленіе умственныхъ способностей? Галлюцинаціи? Бредовыя представленія? Маніакальное возбужденіе? Меланхолическое угнетеніе? Ступорозное состояніе?

Какъ относится къ свидѣтельствамъ объ его поступкѣ?

Сопоставленіе показаній свидѣтелей съ показаніями изслѣдуемаго.

Утверждаетъ-ли изслѣдуемый, что у него амнезія по отношенію къ совершенному имъ?

Выставляетъ-ли онъ эту амнезію полной или неполной (стр. 37—40)?

На какой періодъ времени она распространяется?

Какъ чувствовалъ себя до совершенія и послѣ совершенія поступка?

Побудительная причина? Раскаявается-ли? Сознаетъ-ли неправоту своего поступка? Этическія, религіозныя чувства (стр. 3)?

2. Тѣлесное состояніе:

Изслѣдуютъ какъ *sub A*. Форма черепа. Упоминаютъ объ явныхъ признакахъ физическаго вырожденія.

Особенно важно разысканіе слѣдовъ прежде бывшихъ эпилептическихъ припадковъ (укусы языка, рубцы на лбу, на спинкѣ носа и пр.) и признаковъ хроническаго алкоголизма (сосудистая система, моча, дрожаніе языка и рукъ).

О состояніи зрачковъ и сухожильныхъ рефлексовъ надобно дать точныя указанія въ экспертномъ свидѣтельствѣ.

III. Заключенія.

На основаніи результатовъ моего изслѣдованія, прихожу къ заключенію, что X. въ настоящее время страдаетъ душевною болѣзнью, именно . . . . . (научное названіе ея). Распознаваніе это обосновано на наличности слѣдующихъ душевныхъ и тѣлесныхъ болѣзненныхъ явленій (перечисленіе ихъ).

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть о предшествующихъ экспертизахъ, давшихъ тѣ же результаты, и подвергнуть критикѣ противоположныя экспертныя

заключенія. Послѣднее надобно дѣлать чисто фактически, безъ преувеличеній, безъ стремленія умалить значеніе предшествовавшей экспертизы. (Замѣтка эта, какъ, къ сожалѣнію, показываетъ опытъ, необходима).

Родъ болѣзни; стадій, въ которомъ она находится; поведеніе Х. по показаніямъ свидѣтелей (и экспертовъ) въ . . . . . году не оставляетъ сомнѣнія въ томъ, что болѣзнь существовала уже до подлежащаго обслѣдованію поступка и что, поэтому, она имѣлась и при совершеніи его.

Краткое, но исчерпывающее описаніе душевнаго состоянія изслѣдуемаго при совершеніи имъ поступка, въ которомъ онъ обвиняется:

Безсознательное состояніе, что значитъ утрата самосознанія (стр. 54).

Сумеречное состояніе сознанія (эпилептическое, истерическое, алкогольное опьянѣніе до безчувственности (стр. 54 и 61).

Умственная запутанность (стр. 52).

Ослабленіе умственныхъ способностей (отсутствіе нравственныхъ чувствъ, см. стр. 45—48).

Маніакальное состояніе (недостатокъ разсудительности, см. стр. 63).

Галлюцинаціи.

Бредовыя представленія съ характеромъ угнетенія.

Бредовыя представленія самоперецѣниванія.

Паранойный бредъ преслѣдованія.

Патологическіе аффекты (стр. 48).

Хотя прусское уложеніе о наказаніяхъ и не требуетъ, для установленія невмѣняемости, ссылки на психическое разстройство какъ на причину преступнаго дѣянія, тѣмъ не менѣе нельзя обойти вопроса о причинной зависимости поступка отъ душевнаго болѣзненнаго состоянія. См. по этому поводу стр. 63 и слѣд.

Анализъ психологической связи между болѣзненнымъ состояніемъ и поступкомъ даетъ судьѣ достаточный матеріалъ для самостоятельнаго рѣшенія вопроса объ исключеніи свободнаго проявленія воли, какъ того требуетъ мотивировка для примѣненія § 15.

Научная делегація при министерствѣ медицинскихъ дѣлъ не дала отвѣта на вопросъ объ исключеніи свободнаго волеопредѣленія, который не признается вообще, въ принципѣ, врачебнымъ вопросомъ. Къ неясному выраженію „болѣзненное разстройство душевной дѣятельности“ прибавлены еще слѣдующія слова: „въ смыслѣ § 51“. Также поступаю и я. Вообще большинство экспертовъ отвѣчаютъ на этотъ вопросъ, хотя и согласны въ томъ, что сама постановка вопроса должна быть измѣнена или что, при слѣдующемъ пересмотрѣ уложенія о наказаніяхъ, вопросъ о свободномъ волеопредѣленіи слѣдуетъ просто устранить.

Мнѣніе эксперта заканчивается слѣдующими словами:

Обвиняемый въ настоящее время страдаетъ душевною болѣзнью и при совершеніи поступка также находился въ состояніи безсознательности

(или болѣзненнаго нарушенія умственной дѣятельности) въ смыслѣ § 51 уложенія о наказаніяхъ.

Но въ своемъ свидѣтельствѣ экспертъ можетъ придти и къ инымъ заключеніямъ, именно къ слѣдующимъ:

1. Онъ не въ состояніи высказать опредѣленнаго сужденія о существованіи или отсутствіи душевной болѣзни, если изслѣдуемый не будетъ предварительно подвергнутъ наблюденію въ психіатрическомъ заведеніи. При этомъ выставляются причины, дѣлающія такое наблюденіе въ психіатрическомъ заведеніи необходимымъ.

§ 81 порядка уголовнаго судопроизводства гласитъ:

«Для составленія экспертнаго свидѣтельства относительно душевнаго состоянія обвиняемаго, судъ, по просьбѣ эксперта и по выслушаніи защитника, можетъ постановить, чтобы обвиняемый былъ помѣщенъ въ государственное заведеніе для помѣшанныхъ и подвергнутъ тамъ наблюденію».

Но въ случаѣ сильнаго сомнѣнія относительно вмѣняемости судъ можетъ постановить немедленно оправдательный приговоръ.

На основаніи рѣшенія Государственнаго Суда отъ 23 октября 1890 года вмѣняемость—какъ и всѣ другія фактическія данныя—должна быть доказана обвиняемому.

«Поэтому, если по разсмотрѣніи приведенныхъ доказательствъ возникнутъ основательныя сомнѣнія относительно вмѣняемости, то судьѣ предстоитъ рѣшить вопросъ, сохранилъ-ли онъ все же убѣжденіе въ виновности обвиняемаго, или же долженъ оправдать его въ виду недоказанности этой виновности».

2. Обвиняемый не страдаетъ душевною болѣзью и при совершеніи поступка тоже не находился ни въ состояніи безсознательности, ни въ состояніи болѣзненнаго разстройства умственной дѣятельности.

Заключенія должны быть обоснованы на отрицательныхъ результатахъ изслѣдованія и на томъ, что ни по показаніямъ обвиняемаго, ни по занесеннымъ въ судебные акты фактамъ нельзя предположить, чтобы въ моментъ совершенія поступка обвиняемый находился въ болѣзненномъ состояніи.

Если же имѣются врачебныя свидѣтельства, утверждающія противное, то ихъ подвергаютъ критическому разсмотрѣнію и опроверженію.

Если изслѣдуемый прикидывается душевно-больнымъ, то необходимо разсмотрѣть вопросъ о симуляціи (стр. 114).

3. Обвиняемый страдаетъ въ настоящее время душевнымъ разстройствомъ и потому неспособенъ слѣдить за ходомъ судебнаго разбирательства, заботиться во время процесса объ охраненіи своихъ правъ, вести разумнымъ и понятнымъ образомъ свою защиту. (Рѣшеніе Государственнаго Суда отъ 8 января 1807 года).

Нельзя опредѣлить съ точностью, та же-ли самая или иная форма душевнаго разстройства имѣлась у обвиняемаго при совершеніи поступка.

Въ этомъ случаѣ можетъ быть постановлено временное прекращеніе судебнаго разбирательства (§ 103 порядка уголовнаго судопроизводства).

4. Обвиняемый хотя въ настоящее время и не душевно-больной, но при совершеніи имъ поступка находился въ состояніи безсознательности (или болѣзненнаго разстройства умственныхъ способностей) въ смыслѣ § 51 уложенія о наказаніяхъ.

Слѣдуетъ установить психіатрическое распознаваніе этого состоянія и привести признаки, подтверждающіе такую діагностику.

При этомъ весьма часто имѣется дѣло съ предшествовавшими сумеречными состояніями сознанія (стр. 54, 62, 172, 177).

5. Обвиняемый хотя и не находился, при совершеніи имъ поступка, ни въ состояніи безсознательности, ни въ состояніи болѣзненнаго нарушенія умственныхъ способностей въ смыслѣ § 51 уложенія о наказаніяхъ, но онъ все же страдаетъ въ настоящее время или страдалъ при совершеніи поставляемаго ему въ вину поступка болѣзненнымъ состояніемъ нервной системы [1]), которое вліяло на его дѣйствія въ неблагопріятномъ смыслѣ (неполная вмѣняемость). Въ такихъ случаяхъ эксперту придется приводить смягчающія обстоятельства. Тамъ же, гдѣ послѣднія не допускаются, окажется возможнымъ примѣнить другой параграфъ уложенія о наказаніяхъ: вмѣсто преднамѣреннаго убійства (211)—убійство непреднамѣренное (212), вмѣсто завѣдомо ложнаго показанія подъ присягой (153)—ложное свидѣтельство по безпечности (163) и т. п.

Въ уголовныхъ дѣлахъ могутъ потребоваться еще психіатрическія экспертизы въ случаѣ примѣненія § 176. 2: по вопросу о томъ, было-ли оказано насиліе надъ женщиной для совершенія съ нею внѣбрачнаго совокупленія при нахожденіи ея въ состояніи безсознательности или душевной болѣзни. Также при примѣненіи § 224, въ вопросѣ о томъ, было-ли тѣлесное раненіе причиной развитія душевной болѣзни.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ на вопросъ о нахожденіи изслѣдуемаго въ безсознательномъ состояніи или въ состояніи душевной болѣзни слѣдуетъ отвѣчать сообразно съ результатами изслѣдованія по схемѣ А.

D. Экспертиза передъ гражданскимъ судомъ.

1. *Правоспособность.*

§ 6, 1. гражданскихъ законовъ гласитъ: лишенный правоспособности можетъ быть тотъ, кто, вслѣдствіе душевной болѣзни или умственной слабости, не въ состояніи вести свои дѣла.

Врачебное свидѣтельство должно, слѣдуя схемѣ С, заключать въ себѣ вступленіе, прошлую исторію жизни больного, изложеніе результатовъ собственнаго изслѣдованія по части тѣлеснаго и душевнаго состояній, причемъ надобно особенно обратить вниманіе на профессіональную дѣятель-

[1]) Субъекты съ психопатическою наслѣдственностью, истеричные, иногда эпилептики, алкоголики и др.

ность испытуемаго, на то, какъ онъ поступалъ при затратѣ денегъ, ибо лишеніе правоспособности возможно только въ томъ случаѣ, когда изслѣдуемый не въ состояніи правильно вести свои дѣла.

Подъ дѣлами разумѣются не только относящіяся къ деньгамъ, къ состоянію обстоятельства, но вся вообще совокупность жизненныхъ условій, напр. забота о собственной своей личности, забота о домашнихъ, воспитаніе дѣтей и т. п. (Pr. Justiz-Ministerial-Blatt 1899, стр. 388) [1]).

Понятіе „умственная слабость“ не опредѣлено законодателемъ и не совпадаетъ съ психіатрическимъ терминомъ.

Пока не установлено это понятіе, можно говорить объ умственной слабости лишь въ случаѣ убѣжденія эксперта въ томъ, что за изслѣдуемымъ могутъ быть оставлены права, которыя законъ предоставляетъ слабоумнымъ, лишая ихъ душевно-больныхъ.

Сюда относятся прежде всего: § 112 гражданскихъ законовъ: По уполномочію законнаго представителя и съ согласія Опекунскаго Совѣта разрѣшается самостоятельное занятіе извѣстнымъ ремесломъ; § 1304: вступленіе въ бракъ съ согласія законнаго представителя; § 2253: уничтоженіе духовнаго завѣщанія, написаннаго до лишенія правоспособности.

Экспертное свидѣтельство приходитъ къ одному изъ нижеслѣдующихъ заключеній:

1. Изслѣдуемое или наблюдаемое лицо не представляетъ признаковъ душевной болѣзни.

2. Опредѣленнаго мнѣнія высказать невозможно. Для констатированія душевнаго состоянія необходимо наблюденіе за изслѣдуемымъ въ психіатрическомъ заведеніи (а не въ „оффиціальномъ заведеніи для помѣшанныхъ“, какъ при уголовныхъ процессахъ).

(§ 656 I. гражданскаго судопроизводства: Съ согласія подателя прошенія о лишеніи правоспособности, судъ можетъ постановить, чтобы подлежащій лишенію правоспособности былъ помѣщенъ въ лечебное заведеніе, но не болѣе какъ на шесть недѣль, если на основаніи врачебнаго свидѣтельства это окажется необходимымъ для выясненія душевнаго состоянія и можетъ быть исполнено безъ вреда для здоровья лица, подлежащаго лишенію правоспособности . . . . .).

3. X. страдаетъ душевною болѣзнью (или слабоуміемъ), но все же въ состояніи вести свои дѣла.

4. X. душевно-больной (или слабоумный) и потому неспособенъ завѣдывать своими дѣлами.

2. *Дѣловыя способности.*

Согласно § 104, дѣловая неспособность имѣется при слѣдующихъ обстоятельствахъ:

---

[1]) Государственный Судъ постановилъ отъ 29 октября 1900 г., что подъ неспособностью вести свои дѣла должна разумѣться не одна только экономическая безпомощность. При неспособности по отношенію къ отдѣльнымъ обстоятельствамъ или къ опредѣленной сферѣ дѣйствій должна вмѣшиваться опека (§ 1910. 2).

У того, кто находится въ состояніи болѣзненнаго разстройства умственныхъ способностей, исключающемъ свободное волеопредѣленіе, причемъ состояніе это можетъ считаться преходящимъ по самой природѣ своей.

§ 105: Заявленіе воли при дѣловой неспособности не имѣетъ силы.

Не имѣетъ также силы заявленіе воли, совершенное въ состояніи безсознательности или преходящаго разстройства умственныхъ способностей.

Экспертное свидѣтельство о душевномъ состояніи *ad* § 104, 2. составляется точно такъ же какъ свидѣтельство, имѣющее въ виду § 51 уложенія о наказаніяхъ. Въ немъ тоже разбираются вопросы о безсознательности или преходящемъ разстройствѣ умственной дѣятельности (§ 105).

Въ этихъ случаяхъ надобно всегда обращать особое вниманіе на гражданское законодательство.

3. *Разводъ.*

§ 1569 гласитъ: Одинъ изъ супруговъ можетъ просить развода, когда другой супругъ страдаетъ душевною болѣзнью, длящейся по меньшей мѣрѣ три года за время супружеской жизни и достигшей такой степени, при которой становится невозможнымъ духовное общеніе между супругами и исключается всякая вѣроятность его возстановленія.

Изъ перечисленныхъ пунктовъ особенно затруднительнымъ является подчасъ рѣшеніе вопроса о „нарушеніи духовнаго общенія между супругами“. На этотъ вопросъ эксперты отвѣчаютъ разно. Нарушеніе имѣется несомнѣнно въ состояніи апатическаго слабоумія (стр. 108), въ которомъ пропадаетъ всякое участіе къ другому супругу и къ семьѣ вообще. Но сомнѣнія возникаютъ уже при параноѣ. Здѣсь, впрочемъ, принимаются во вниманіе главнымъ образомъ случаи, при которыхъ содержаніе бредовыхъ представленій отличается враждебностью по отношенію къ членамъ семьи (больной думаетъ, что преслѣдованія исходятъ отъ его близкихъ) или личность больного оказывается совершенно измѣненной подъ вліяніемъ бредовыхъ представленій.

Въ виду устанавливаемаго закономъ требованія продолжительности и непрерывности болѣзни, предсказаніе относительно излечимости значительно облегчается, ибо при такихъ условіяхъ приходится обыкновенно имѣть дѣло съ неисцѣлимыми состояніями. Впрочемъ, законъ требуетъ не факта неизлечимости, а только исключенія всякой возможности возстановленія духовнаго общенія между супругами.

Невозможно установить общихъ правилъ относительно формъ душевнаго разстройства, которыя имѣетъ въ виду § 1569. Каждый случай долженъ обсуждаться отдѣльно. Но періодическія и циркулярныя формы психозовъ по большей части не подойдутъ подъ этотъ параграфъ.

Е. Экспертизы относительно общественно-политическаго законодательства.

1. *Страхованія отъ несчастныхъ случаевъ.*

Вопросъ идетъ о томъ, былъ-ли несчастный случай причиной имѣющейся или уже закончившейся смертью (иногда отъ самоубійства) душевной болѣзни, или ускорилъ онъ ея появленіе и теченіе.

Заявленіе эксперта на этотъ счетъ должно быть составлено согласно вышеприведенной схемѣ С.

1. Исторія прошлой жизни изслѣдуемаго. *Ad* 4 надобно дать точное описаніе раненія согласно даннымъ полицейскаго или судебнаго слѣдствія (свидѣтельскія показанія) и выяснить, въ особенности, разстройства, возникшія непосредственно за раненіемъ. Упомянуть надобно также и о могущихъ быть противорѣчивыхъ заявленіяхъ раненаго.

2. Результаты собственнаго изслѣдованія или же—если дѣло идетъ объ умершемъ—результаты врачебныхъ свидѣтельствъ и свидѣтельскихъ показаній.

3. При изложеніи собственнаго мнѣнія, надобно прежде всего констатировать, на основаніи имѣющихся оффиціальныхъ данныхъ и результатовъ изслѣдованія больного (на основаніи только первыхъ, если раненый умеръ), находится-ли раненый въ состояніи душевной болѣзни (или находился въ немъ до смерти). При утвердительномъ отвѣтѣ слѣдуетъ указать форму душевнаго разстройства, которою раненый страдаетъ или страдалъ. Затѣмъ приступаютъ къ разсмотрѣнію вопроса, могла-ли данная душевная болѣзнь быть вызвана трауматизмомъ и вызвана-ли она имъ (стр. 226—230)? Не ускорилъ-ли несчастный случай появленія и теченія душевной болѣзни? Послѣ упоминовенія о другихъ могущихъ существовать экспертныхъ мнѣніяхъ и критическаго ихъ разсмотрѣнія экспертъ заключаетъ слѣдующимъ образомъ: X. душевно-больной и его душевная болѣзнь находится въ несомнѣнной (или вѣроятной) [1]) зависимости отъ приключившагося съ нимъ (такого-то числа) несчастія. Или: X. находится въ состояніи безсознательности (или болѣзненнаго разстройства умственныхъ способностей), обусловленнаго несомнѣннымъ образомъ (или, по всей вѣроятности) приключившимся съ нимъ (тогда-то) несчастіемъ.

Оцѣнка еще оставшейся у больного способности къ зарабатыванію средствъ существованія обыкновенно не представляетъ затрудненія у душевно-больныхъ.

Если больной помѣщенъ въ домъ умалишенныхъ, то тѣмъ, конечно, исключается всякая возможность заработка въ томъ даже случаѣ, когда,

---

[1]) «Вѣроятности» достаточно для рѣшенія суда, тогда какъ съ выраженіемъ «возможность», попадающимся весьма часто въ экспертныхъ свидѣтельствахъ, судья ничего подѣлать не въ состояніи. «Возможно все»!

находясь въ заведеніи, больной и зарабатываетъ себѣ нѣчто подъ врачебнымъ и административнымъ надзоромъ.

При лишеніи правоспособности также не можетъ быть рѣчи о сколько нибудь существенномъ заработкѣ. Лишенный правоспособности лишь въ совершенно исключительныхъ случаяхъ можетъ конкуррировать на рынкѣ труда. Онъ едва-ли найдетъ работодателя, который согласится взять на себя нравственное обязательство оберегать интересы завѣдомо неправоспособнаго человѣка.

Но и безъ предшествовавшаго лишенія правоспособностти душевнобольной лишь въ исключительныхъ случаяхъ можетъ самостоятельно пріискивать себѣ, находить и удерживать за собой работу.

За малыми исключеніями душевно-больного приходится, стало быть, считать совершенно неспособнымъ зарабатывать себѣ хлѣбъ. Для нѣкоторыхъ душевно-больныхъ имѣется основаніе для повышенія ренты, согласно дополненію къ закону о страхованіи, отъ 30 іюня 1901 г.

§ 9 этого дополненія гласитъ: если раненый при несчастномъ случаѣ не только совершенно утратилъ способность къ заработку, но сталъ еще до того безпомощнымъ, что не можетъ существовать безъ посторонняго надзора и заботахъ о немъ [1]), то на время такой безпомощности рента должна быть увеличена до 100% прежняго годового заработка.

2. *Законъ о страхованіи отъ инвалидности.*

§ 15, 2 и § 5, 4 гласятъ: Ренту по причинѣ инвалидности и притомъ безъ всякаго отношенія къ возрасту получаетъ тотъ застрахованный, который, помощью посильнаго и соотвѣтствующаго его способностямъ, степени образованія и прежнему ремеслу труда, не въ состояніи заработать треть того, что обыкновенно зарабатываютъ подобные ему здоровые въ тѣлесномъ и душевномъ отношеніи люди одинаковаго съ нимъ образованія и работающіе въ той же мѣстности.

Существованіе душевной болѣзни устанавливается изслѣдованіемъ по схемѣ А.

Разъ душевная болѣзнь констатирована, то, согласно приведенному *sub E* 1, окажутся на-лицо условія, требуемыя для полученія инвалидной ренты.

---

[1]) «Который уже для обычныхъ тѣлесныхъ отправленій принужденъ обращаться къ посторонней помощи» (Kommissionsberichte zur Novelle, S. 29).

Алфавитный указатель.

А.

Абсинтизмъ 202.
Агорафобія 50.
Аграмматизмъ 70.
Акатафазія 70.
Аллитерація 146.
Алкоголизмъ 55, 106, 127, — хронический 197.
Алкогольные психозы 190.
Амбидекстрія 134.
Аммоновъ рогъ 176.
Амнезія 38, 174,—общая 39, — частичная 39,—возвратная 40.
Анартрія 68, 133.
Ангіопаралитическія состоянія 82.
Ангіоспастическія состоянія 81.
Ангофразія 69.
Анергическій ступоръ 59.
Антипиринъ 120.
Апоплексія 225.
Апоплектиформные припадки 212.
Апросексія 53, 126, 134.
Аритмоманія 160.
Артеріосклерозъ 223.
Ассонансъ 146.
Ассоціаціи представленій 22, — ускореніе ихъ 22,—замедленіе ихъ 34, 128.
Ассоціаціонные законы 2.
Асфиксія, мѣстная 81.
Атропинъ 120, 149, 159, 176, 196.
Афазія 67, 133, — запутанность при ней 225.
Аффектъ 4, 48, 53,—патологическій 49, — дѣйствія при немъ 47.
Ахиллесовы сухожильные рефлексы 80.
Ацетонъ въ выдыхаемомъ воздухѣ 85.
Ацетонурія 186.

Б.

Бабинскаго рефлексъ 81, 211.
Базедова болѣзнь 186.
Безпокойство, средства противъ него 120.
Беременность 96.
Близнецы, помѣшательство у нихъ 98.
Боязливые психозы 49.
Брадифразія 70.
Брайтова болѣзнь 186.
Бредовыя представленія 23,—депрессивныя 24,—сочетанныя 30, — невральгическія 32, — меланхолическія 25, — остаточныя 31,—паранойныя 26,—систематизированныя 30,—экспансивныя 23.
Бредъ величія 24, 110,—гнилостнокровный 195,—интоксикаціонный 141, — лихорадочный 141, 187,—начальный 187,—обѣдненія 152,—обращенія на все вниманія 26, 163, — отношенія всего къ себѣ 26, 163, 164,—отрицанія 28,—отъ истощенія 195,—превращенія 26,—прегрѣшенія 24, —преслѣдованія меланхолическій 25, — паранойный 26, — сомнѣнія 160, — съ боязнью прикосновеній 51.
Бродяжничество 47.
Бромидій 121.
Бромистые препараты 120, 175, 196.
Бромъ, отравленіе имъ 203.
Бугорчатка 99.
Булимія (прожорливость) 86.

В.

Ванны продолжительныя 121.
Вербигерація 69, 140.
Видѣнія 14.
Вкусовыя галлюцинаціи 10.
Вниманіе 4, 53, 193.
Виѣняемость 243,—неполная 246.
Внушаемость 179.
Волосы, ихъ аномаліи, трофическія разстройства 75, 83.
Воля 5.
Воровство 65.
Восковая гибкость членовъ 56.
Воспроизведенія способность 126, 132.
Вспомогательныя школы для идіотовъ 137.
Выздоровленіе 113.
Выраженіе лица 72, 153.
Вырожденіе тѣлесное, его признаки 72, 91.
Вѣсъ тѣла 86, 87, 146, 212.

Г. G.

Галлюцинаціи 8, — антагонистическія 15, — внутренностныхъ ощущеній 12, — вторичныя 15,—дразнящія 193,—кожныя 11, 202,—кинэстетическія 12, — односторонніе 14,—остаточныя 18,—психическія 19,—раздвоенныя 14, — самопроизвольныя 14,—съ сознаніемъ обмана чувствъ 18,—у идіотовъ 132,—утаиваніе ихъ 19.

Галлюцинозъ острый у пьяницъ 196.
Gaz pauvre, отравленіе имъ 203.
Гебефренія 93, 151.
Гедоналъ 121.
Героинъ 121.
Гидроцефалія 73, 135.
Гидрофобія 42.
Гипергидрозъ 82.
Гиперминезія 36, 127, 146.
Гиперпросексія 53.
Гиппусъ 77.
Гипсофобія 50.
Гифидрозъ 82.
Глаза, измѣненія въ нихъ 74.
Гнѣздныя заболѣванія мозга 218.
Гутчинсоновскіе зубы 75.

Д. D.

Délire d'emblée 163.
Delirium acutum 103, — convergens 26, 167, — divergens 25, — hallucinatorium 138,—metabolicum 29, — palingnosticum 29,—tremens 192.
Delusional stupor 56.
Dementia acuta 170,—agitata 108,—apathica 108,—paralytica (общ. прогресс. параличъ) 204,—paranoides 166,—praecox 93, 108, 151,—secundaria 107, 109, 112, 147, 155,—senilis 218, 219, 222.
Демономанія 168.
Дермографизмъ 82.
Дипсоманія 41.
Dysarthria literalis 70,—syllabaris 70.
Dispasmus cerebralis 134.
Dysphrasia vesana 68.
Dissimulatio 115.
Dysthymia neuralgica 52.
Діуретинъ 191.
Дѣловая способность 240.
Дѣтскій возрастъ 93.
Дюбуазинъ 122.

Ж.

Желудочно-кишечный каналъ 99.
Желудочный сокъ 153.
Желудочный вондъ 122.

З.

Заиканіе см. dysarthr. syllabaris.
Законодательство относительно несчастныхъ случаевъ 250.
Запинаніе на слогахъ см. dysarthr. literalis.
Запоръ 79.
Запутанность умственная въ аффектѣ 52, — при слабоуміи 53, — галлюцинаторная 53,—маніакальная 53, 143,—парафазическая 53.
Зараженіе психическое 98.
Заразные психозы 187.
Зеркальное письмо 71.
Зрачковыя измѣненія 76.
Зрачковая окоченѣлость, рефлекторная 77.
Зрачковая реакція 77,—парадоксальная 77.

И.

Идіотизмъ 131, — семейный амауротическій 134,—слизисто-отечный 183.
Иллюзіи 12, 139.
Имбецильность активная 126,—анергетическая 126, 127,—пріобрѣтенная 127.
Импульсивныя дѣйствія 62.
Инвалидность, законъ о страхованіи отъ нея 251.
Индиканъ 186.
Инфантилизмъ слизисто-отечный 183.
Ипомеланхолія 149.
Истерическіе симптомы и психозы 177, — навязчивыя представленія 162.
Истеро-эпилептическіе психозы 179.
Истощеніе, психозы отъ него 102.

I.

Ideae fixae 31, 165.
Іодоформные психозы 203.

К.

Камфорное масло 123.
Каннабизмъ 203.
Карусъ 59.
Каталепсія 57.
Кахексія пахидермическая 184.
Кинантропія 26.
Кишечникъ, самоотравленіе чрезъ него 99, 186.
Клептоманомания 48.
Климактерій 95, 105, — у мужчинъ 95, 223.
Клинотерапія (постельное содержаніе) 120.
Коденъ фосфорнокислый 120.
Кожа, трофическія разстройства ея 82.
Кожные рефлексы 80.
Кокаинизмъ 202.
Коллекціонерство 66.
Коллапсъ 123.
Колонизація 124.
Кома 59.
Конфабуляціи 38.
Копролалія 69.
Корсакова болѣзнь 38, 188, 192.
Корча злая 190.
Кретинизмъ 185,—спорадическій 183.
Критика 128.
Кровавая рвота 82.
Кровавый потъ 82.
Кровосмѣшеніе 44.
Кровотеченіе 82.
Кровяное давленіе 85.
Кровь, особенности ея состава 85.

Л.

Легочная бугорчатка 84.
Ликантропія 26.
Лобъ, выдающійся впередъ или скошенный назадъ 74.
Литтля болѣзнь 135.
Лихорадочныя заболѣванія 106.
Логоррея 70.
Локтевой рефлексъ 80.

М.

Мазохизмъ 44.
Манія 141, 143, — отъ пороковъ сердца (m. cardiaca) 147, — тяжелая форма (m. gravis) 144,—періодическая 145, — возвратная 144,—преходящая 60, 103.
Маньяна признакъ 202.
Марающіеся больные 78, 123.
Майдизмъ (пеллагра) 190.
Меланхолія 149,—активная 150, — алкогольная 196, — ипохондрическая 150, — нравственная 150,—общая 151, — паранойная 166,—пассивная 150,—періодическая 154,—простая 149, — ремиттирующая 154,—типическая 150,—самоубійство при ней 111, 118.
Менструальные психозы 105.
Менструація 86, 105, 153.
Мигрень 99.
Мидріазъ 76.
Мизофобія 50.
Микрогирія 136.
Микроманія 25, 152.
Микроцефалія 135.
Миксэдема у взрослыхъ 184, — у дѣтей 183,—послѣопераціонная 184.
Міозисъ 76.
Мозговая гипертрофія, туберозная 136.
Мозговой вѣсъ 136.
Мозговой параличъ, спастическій 134,—склерозъ 136.
Мозговыя опухоли 225.
Мозолистое тѣло, отсутствіе его 136.
Монгольскій черепъ 73.
Мономаніи 31, 48,—убійства 48.
Монофобія 50.
Морія 144.
Морфинизмъ 199.
Морфій 120, 121, 156, 196.
Моча у алкоголиковъ 194,—при меланхоліи 153,—общемъ параличѣ 212,—отказѣ отъ пищи 86,—циркулярномъ помѣшательствѣ 158,—содержаніе въ ней бѣлка 86,—сахара 86,—фосфорн. кислоты 86.
Мочекровіе 187.
Мутацизмъ 67.
Мутизмъ истерическій 67.
Мышечное чувство, галлюцинаціи при немъ 11.
Мышиный запахъ 82.
Мышцы, измѣненіе ихъ тонуса (см. ступоръ) 78.
Мышьякъ 163.

Н.

Наведенное помѣшательство 98.
Навязчивыя представленія 22, 50, 159.
Наперстянка 177, 196.
Нарколепсія 178, 205.
Нарцизмъ 42.
Наслѣдственность 88, 117, — атавистическая 88, — боковая 88, — концепціональная 89,—кумулятивная 89,—маточная 89,—однородная 89,—трансформированная 89.
Наслѣдственные психопаты 62, 89, 90, 115.
Настроеніе духа 4,—его разстройства 48.
Натицефалія 74.
Нёбо, измѣненія формы его 75.
Невритъ множественный 188,—у прогрессивныхъ паралитиковъ 211.
Негативизмъ 28, 64, 152.
Неизлечимость 116.
Некрофилія 44.
Неологизмы 68.
Нравственное помѣшательство 46, 130, 176, 178.
Нравственныя чувства 3, 129,—ихъ извращеніе 46,—ослабленіе 45,—усиленіе 45.
Никотинизмъ 203.
Никтофобія 50.
Нимфоманія 42
Нитроглицеринъ 163.

О.

Обертыванія влажныя 121.
Обонятельныя галлюцинаціи 10.
Окись углерода, отравленіе ею 203.
Онанизмъ 101.
Ономатоманія 69.
Операціи и психозы 230.
Опій 120, 156, 196.
Опьянѣніе апоплектическое 191,—патологическое 191,—судорожное 191.
Отгэматома 82.
Отпускъ изъ психіатр. заведенія 156.
Ощущенія чувственныя 1,—вторичныя 7,—ипохондрическія 8, — ихъ извращеніе 43, — ослабленіе 21, 42, — усиленіе 40, 129.

П. Р.

Память (амнезія, парамнезія, гипермнезія) 36.
Парадоксія половая 42.
Параграфія 210.
Паралитическіе припадки 206, 212,—разстройства рѣчи 209.
Параличъ дрожательный 223.
Параличъ общій прогрессивный 204,—агитированная форма 208, — восходящая 208, — депрессивная 208, — дѣтская 137,—классическая 207,—слабоумная 205,—супружеская 213,—циркулярная 208.
Параличъ общій прогрессивный, его леченіе 219,— распознаваніе 216, — теченіе 214, — хроническая прогрессивная хорея 182,—самоубійство 111.
Паральдегидъ 121.
Paranoia 159,—combinatoria 164,—confabulans 166,—erotica 168,—hallucinatoria acuta 165,—chronica 165, hypochond-

rica 166,—katatonica 167,—originaria 166,—periodica 167,—querulans 168,—religiosa168, — rudimentaria 159, — secundaria 107,—simplex acuta 163,—chronica 164,—stuporosa 167,—typica 163.
Paraphrasia vesana 140.
Параротацизмъ 70.
Параспгматизмъ 70.
Параспазмъ мозговой 134.
Парафазія 69—70.
Пахименингитическій психозъ 223.
Педерастія 43.
Пеллагра (майдизмъ) 190.
Періодическіе психозы 90, 104, 116, 145, 167.
Персеверація 35, 69.
Печеночныя заболѣванія 187.
Піарремія 194.
Пика 43.
Пироманоманія 48.
Письмо, измѣненія его 71, 210.
Питательныя клизмы 123.
Пища 124,—отказъ отъ нея 29, 42, 85, 118, 122.
Плагіоцефалія 74.
Подагра 187.
Подвижность, разстройства ея 78.
Подмѣчанія способность 22, 237.
Половое созрѣваніе 92.
Половой аппаратъ, галлюцинаціи въ его сферѣ 12,—рефлексъ 81.
Половыя чувства 179,—извращеніе ихъ 42,—усиленіе 42, 145.
Полукретины 185.
Порэнцефалія 136.
Поріоманія 175.
Послѣ-ощущенія 7.
Послѣродовое состояніе 96.
Послѣ-эпилептическое помѣшательство 173.
Постельное содержаніе (см. клинотерапія).
Поступки (дѣйствія), ихъ аномаліи 62,—у имбецильныхъ 129.
Потоотдѣленіе 82.
Поясничный проколъ (у идіотовъ) 138.
Предсердечный страхъ (или предс. тоска) 81, 153.
Предъ-эпилептическое помѣшательство 172.
Принудительныя средства (механическія) 124.
Прогенейный черепъ 74.
Проказа 188.
Пролежень 83, 124.
Профилактика 117.
Псевдологія фантастическая 38.
Псевдопараличъ алкогольный 197.
Психическое леченіе 124.
Психіатрическія заведенія, число больныхъ въ нихъ 87,—помѣщеніе въ нихъ 117, составленіе для этого свидѣтельства 242.
Психометрія 22, 128.
Пульсъ, измѣненія его 84.

P. R.

Разводъ 249.
Раздвоеніе личности 61.
Разсудительность 52.
Railway-brain 140.
Ракъ 187.
Raptus melancholicus 60.
Rash (хлоральный) 122.
Рефлекторныя дѣйствія 62.
Рецидивы 116.
Рингэматома 83.
Робертсона признакъ см. зрачковая окоченѣлость, рефлекторная.
Роды 96.
Рожа 188.
Ртутное отравленіе 204.
Руки, измѣненія ихъ формы 75.
Рѣчь внутренняя 11,—у идіотовъ 133,—у паралитиковъ 209.

C.

Садизмъ 44.
Салициловое отравленіе 203.
Самообвиненія 25.
Самосознаніе 4,—разстройства его 61.
Самоубійство 109, 118, 122, 156.
Сатиріазисъ 42.
Свинецъ, отравленіе имъ 204.
Свѣтлые промежутки 104.
Сердечная мышца, измѣненія ея 84.
Сердечныя заболѣванія 84.
Символизированіе 19.
Симуляція 114.
Синюха кожи 82.
Ситофобія см. отказъ отъ пищи.
Сифилидофобія 100.
Сифилисъ 100, 213, 217, 219,—наслѣдственный 135, 213, 225.
Сифилитическіе психозы 224.
Скополаминъ бромисто-водородный 120, 122.
Слизистой оболочки рефлексы 81.
Словесная глухота 69.
Слуховыя галлюцинаціи 9.
Слюна 82.
Сновидѣнію подобныя состоянія 55.
Содомія 44.
Сознаніе болѣзни 44,—двойное или попеременное 56.
Солнечный ударъ (тепловой ударъ) 230.
Сомнамбулизмъ 56.
Сонъ 54,—отсутствіе его (безсонница) 54.
Сопорозное состояніе 59.
Сосудодвигательные нервы 81.
Сочленовный ревматизмъ 188.
Старческій возрастъ 95.
Стереотипіи 63, 65.
Страхъ 49, 120.
Стрихнинъ 196.
Ступни, измѣненія ихъ формы 75.
Ступоръ боязливый 56,—гипотоническій 59,—кататоническій 57, — маніакальный 57.
Судороги 78.
Сульфоналъ 121,—отравленіе имъ 203.
Сумеречныя состоянія сознанія 54, 62, 111, 172, 178,—алкогольныя 191.
Сутяги 28, 108.

Сухожильные рефлексы 79.
Сфигмографія 84, 158, 211.
Съдлообразная голова 74.
Сѣрнистый углеродъ, психозы отъ отравленія имъ 203.

Т.

Температура тѣла 86, 194.
Тепловая чувствительность; галлюцинаціи въ сферѣ ея 11.
Тетроналъ 121.
Тики, вызываемые ими поступки 63.
Типъ обратный температуры тѣла 87.
Тифъ брюшной 188.
Torus palatinus 75.
Травматизмъ 104, 226.
Трансформированное помѣшательство 98.
Трансъ 55.
Тріоналъ 121,—отравленіе имъ 203.
Tumultus sermonis 70.
Тюремное заключеніе 101.

У.

Убійство изъ-за похотливости 44.
Умственное ослабленіе 247—248.
Уретанъ 121.
Утомленіе, чувство 42.
Ухо, измѣненіе формы его 74,—Вильдермутовское 74,—Дарвиновское, заостренное 74,—Морелевское 74,—Шталевское 74.

Ф.

Фенацетинъ 120.
Фетишизмъ 42.
Фобіи 50.
Функціональные психозы 138,—ихъ патологическая анатомія 172,—ихъ теченіе 104.

Х.

Хлорализмъ 202.
Хлоралъ-гидратъ 122.
Хлороформизмъ 202.
Холера 188.
Хорея 181,— хроническая, прогрессивная 182.

Ц.

Циклотимія 157.
Циркулярные психозы 157,—непрерывные 157,—перемежающіеся 157.

Ч.

Чашечковый рефлексъ 80.
Черепныя аномаліи 73,— измѣренія 72.
Черепъ, патологическая анатомія его 135,—у кретиновъ 185.

Щ.

Щитовидной железы препараты 119, 138.

Э.

Эгофонія 70.
Эквиваленты эпилептическіе 173.
Эксгибиціонизмъ 43.
Эмоціональность 48.
Энтотическія и энтоптическія явленія 6.
Энурезисъ 78.
Энцефалитъ геморрагическій 223.
Энцефалопатія свинцовая, сатурнизмъ 204.
Эпилепсія и идіотизмъ 134,—травматизмъ 228.
Эпилептическіе психозы 172, — патолого-анатомическія измѣненія при нихъ 176.
Эпилептоидные припадки 212.
Эпилептиформные припадки 212.
Эрготинизмъ 190.
Эрготинъ 149, 159.
Эретизмъ ртутный 204.
Эритрофобія 160.
Эхолалія 69.
Эфироманія 202.
Эфиръ сѣрный въ подкожн. впрыскиваніяхъ 123.

1 р. 50 коп.

2417